

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

No 426

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Arthur HOLLÄNDER

Né à Csonoplya (Yougoslavie) le 8 mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OPÉRATIONS MUTILANTES

DANS LA

COXALGIE FISTULISÉE GRAVE

EXPOSÉ D'UNE TECHNIQUE NOUVELLE

Président : M. OMBREDANNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

13, RUE RACINE, 13

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Arthur HOLLÄNDER

Né à Csonoplya (Yougoslavie) le 8 mars 1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OPÉRATIONS MUTILANTES

DANS LA

COXALGIE FISTULISÉE GRAVE

EXPOSÉ D'UNE TECHNIQUE NOUVELLE

Président: M. OMBREDANNE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 45

1927



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses	DEL BET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Sans chaire.	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale,
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 RICHTER Fils. . Physiologie.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE. . . . Histologie.
 VELTER. . . . Ophthalmologie

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . Histologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI. . . . Clinique médicale.
LŒPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et orthopédique
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

*Pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant de présider notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. HUC

Assistant d'orthopédie à l'Hôpital des Enfants-Malades

*Pour nous avoir inspiré notre sujet
et pour le remercier de nous avoir guidé
par ses précieux conseils.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
pour ses tendresses infinies.*

A MON PÈRE

*Dont la vie simple et laborieuse nous
sera toujours un exemple.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OPÉRATIONS MUTILANTES
DANS LA
COXALGIE FISTULISÉE GRAVE

EXPOSÉ D'UNE TECHNIQUE NOUVELLE

INTRODUCTION

Certaines formes graves de la coxalgie évoluent vers la fistulisation malgré les soins les plus minutieux, entre les mains les mieux averties, malgré les traitements les plus précoces et les mieux conduits. D'autres fois, il s'agit d'une coxalgie négligée, mal traitée ou insuffisamment traitée ; ou encore c'est l'impatience du malade qui est la cause de l'échec du traitement et de l'apparition des fistules.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces formes, du fait que la coxalgie se fistulise, la maladie prend une allure grave, la suppuration ne tardera pas à s'installer, s'éterniser. Cette suppuration intarissable atteindra peu à peu l'état général, si bien que la maladie, infirmité locale jusqu'alors, devient une menace pour la vie du sujet.

C'est cette forme grave multifistuleuse de la coxalgie, qui nous intéresse en ce moment et c'est l'examen de la valeur respective des différents traitements susceptibles d'être mis en cours qui formera le sujet de la présente étude. Nous passerons rapidement en revue les différentes interventions possibles, en en exposant une qui par sa rapidité nous paraît être, du moins dans certaines formes, l'intervention de choix.

C'est dans le service du Professeur Ombrédanne que nous avons poursuivi cette étude et nous tenons à le remercier encore de sa bienveillante hospitalité.

CHAPITRE PREMIER

L'évolution de la coxalgie se fait vers la formation d'abcès et vers la fistulisation chaque fois que par négligence ou à cause du peu d'acuité de la douleur, le traitement n'est mis en cours que très tardivement, alors que les abcès en formation, ou même déjà fistulisés ont considérablement diminué les chances de l'efficacité du traitement.

Ces malades vont de service en service, de ville en ville, cherchant la guérison et, passant par les différents stades de la maladie, arrivent à la phase des abcès multiples. Ponctions répétées, injections de substances modificatrices, incisions des abcès, grattages articulaires, tout est mis en œuvre, mais un abcès cureté, un autre se forme ; une fistule cicatrisée, une autre s'ouvre. Ce sont les cas qui mettent à une épreuve réelle la patience du chirurgien. Il est des cas heureux qui arrivent à guérir, mais en général, les fistules finissent par s'infecter de plus en plus et la maladie prend une allure progressivement grave ; et, nous le verrons plus loin, la radiographie nous montre pourquoi tous les efforts thérapeutiques sont restés inefficaces.

De cette suppuration intarissable, des rétentions septiques, il résulte un état de *cachexie grave*. Ce sont des

malades amaigris, apathiques, décolorés. La fièvre est constante, à grande oscillation, du type hectique. La cachexie est marquée. La respiration haletante et rapide témoigne l'extrême faiblesse du malade. Tous les organes sont touchés. Le foie a subi la dégénérescence graisseuse, il est augmenté de volume, gros, lisse, descendant plus ou moins bas dans l'abdomen, jusqu'à l'ombilic quelquefois. Les reins, chargés d'éliminer tous les déchets et toutes les toxines de cette suppuration sans fin, finissent par subir, eux aussi, la dégénérescence amyloïde qui se traduit par l'apparition d'une néphrite avec une forte quantité d'albumine dans les urines. L'anorexie et une diarrhée profuse viennent aggraver encore l'état général plus que médiocre de ces malades.

Localement, on voit une cuisse renflée en gigot où s'ouvrent de nombreuses fistules, les unes cicatrisées, les autres ouvertes, laissant échapper du pus en grande abondance. Le membre malade est atrophié, beaucoup plus *grêle* que son congénère. Il est considérablement raccourci (10 à 15 cm.) et dans une position vicieuse, soit en abduction, flexion, rotation externe, soit en adduction, flexion et rotation interne. Ce membre est fonctionnellement nul ou à peu près, les mouvements même passifs sont limités dans tous les sens, et les mouvements actifs également très réduits, sinon impossibles à cause de la douleur.

Fait curieux, l'apparition des luxations pathologiques hâte la guérison de ces malades. C'est que du fait de la luxation, l'ulcération de décubitus est supprimée,

les lésions sont mises au repos par l'absence d'irritation. Orthopédiquement le résultat obtenu, par contre, est plus mauvais.

Le pronostic de ces états est toujours des plus sombres. L'évolution en serait certainement l'issue fatale, si on ne mettait pas en œuvre les grands moyens thérapeutiques qui, si graves qu'ils soient, restent la seule chance de salut pour ces malades.

La question qui se pose désormais c'est comment sauver la vie du malade ? Et c'est là justement que réside la vraie indication de toutes les opérations mutilantes dans la coxalgie. Ce qui met en danger la vie du malade, c'est la dégénérescence amyloïde. Ce qu'il faut faire, c'est le débarrasser de ce nid d'infection. Tous les traitements mis en œuvre doivent viser ce but. Ce qui doit déterminer le choix de l'intervention, c'est l'étendue et le siège des lésions. Toute opération qui n'aura pas su atteindre et *détruire les lésions en totalité* est vouée à l'échec à une échéance plus ou moins brève.

Or, les statistiques montrent que dans plus d'une moitié des cas de coxalgie, les lésions osseuses sont aussi bien iliaques que fémorales (Ménard). Est-ce dire qu'il faut aller cureter ou réséquer l'os iliaque une fois sur deux coxalgiques ? Nous nous garderons bien d'affirmer une telle chose. Il est un fait solidement établi aujourd'hui, c'est que le vrai traitement de la coxalgie, est un traitement d'immobilisation, de repos et au besoin d'autres soins réunis sous le nom de traitement conservateur. Disons donc tout de suite pour éviter toute confusion, que les traitements mutilants ne sau-

raient être mis en œuvre chaque fois qu'il s'agit d'une coxalgie négligée ou même suppurée, mais bien dans les cas spéciaux, où le traitement conservateur s'est déjà révélé comme impuissant. Quelquefois cependant — et ce sont alors les cas non traités — les lésions osseuses ont déjà pris une telle extension, qu'il faut d'emblée envisager une intervention et ne pas s'attarder à un traitement qui ne saurait arrêter la marche de la maladie et ferait seulement perdre un temps précieux.

Si sur l'ensemble des coxalgies il reste encore 50 % des cas où l'os iliaque est indemne, il n'en est plus ainsi dans les coxalgies ouvertes, multifistuleuses et infectées secondairement. Dans ces cas l'os iliaque est toujours atteint et on voit une grave altération de cet os : l'ostéomyélite septique diffuse qui s'étend du cotyle, son point de départ, jusque vers les extrémités périphériques de l'os iliaque (Giraudet, thèse de Paris, 1903).

Quelle intervention choisir quand l'aspect cachectique du malade et la crainte de l'évolution fatale font envisager la nécessité de l'opération ?

La première qui vient naturellement à l'esprit est celle qui, tout en supprimant la bonne partie des lésions permet de conserver le membre et qui, par la moindre étendue du traumatisme est une intervention moins dangereuse et mieux supportée. Nous parlons de la résection.

Nous ne traiterons pas la résection, cette question étant exposée dans de multiples études (1). Elle a eu

(1) Ollier, *Traité des résections*, vol. III, p. 14 ; Gangolphe,

ses partisans, ses adversaires ; on a fait des excès dans le sens interventionniste comme dans l'autre. Aujourd'hui c'est une intervention qui est mise au point dans tous ses détails. Ses indications sont nettement posées, sa technique réglée. Nous dirons seulement que si elle a à son actif des guérisons, elle n'est pas curative dans tous les cas.

Il faut considérer cette opération non comme une opération radicale d'ablation de toutes les lésions osseuses, mais comme une simple opération de drainage (Doché) (1). Dans les anciennes coxalgies surtout si elles n'ont pas été traitées, à réaction fébrile faible mais à suppuration abondante et interminable se compliquant d'abcès secondaires et de 5-6 fistules se surajoutant les unes aux autres, le danger c'est la dégénérescence amyloïde, la résection est vouée à l'échec (Ménard). En effet, si elle échoue c'est précisément parce qu'on n'arrive pas à drainer toute la lésion.

La résection est impuissante à atteindre ces lésions haut situées. Il faut faire mieux, il faut faire plus. En pareil cas c'est la désarticulation qu'il faut tenter.

C'est cependant une opération utile, qu'il faut toujours essayer, même au cas où on prévoit la nécessité d'une nouvelle opération, car c'est un excellent moyen pour drainer l'articulation, et de ce fait de diminuer la suppuration, de remonter les forces et la résistance du sujet, en un mot d'augmenter ses chances pour les opéra-

collection Ledentu-Delbet, t. n° VIII ; Vincent Em., Thèse de Lyon, 1911-1912.

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1910.

tions qui doivent lui succéder. C'est une opération curative excellente si les lésions siègent sur le fémur, et si elles siègent sur le cotyle ou l'os iliaque, c'est encore une intervention très indiquée, comme un premier temps très utile.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS SUR LA DÉSARTICULATION.

Indications. — Quelles sont les indications de la désarticulation ? Les mêmes que pour la résection, mais à un degré de plus. Ce sont les cas *désespérés* où la mort est imminente à une échéance qui se chiffre par semaines dans certains cas : c'est là sa principale, sa grande indication.

Dans un certain nombre de cas, comme l'observation de M. Morestin que nous avons insérée un peu plus loin en fournira un exemple, c'est l'état local, demandant des soins infinis, fatigant l'entourage aussi bien que le malade, c'est surtout la douleur au moindre mouvement qui forceront le chirurgien à intervenir. Enfin il y a ce que M. Morestin appelle les *coxalgies attardées* et non traitées — en opposition avec les coxalgies tardives — dans lesquelles les lésions sont telles qu'on est obligé de désarticuler d'emblée, ou de finir par une désarticulation une opération entreprise pour résection.

Le plus souvent cependant ce sont des sujets qui ont déjà subi la résection, chez qui les lésions de surface sont disparues, l'état général s'est amélioré considérablement et ces malades au bout d'un temps plus ou moins long voient avec tristesse une fistule se rouvrir,

puis deux, puis trois et ainsi de suite, perdre peu à peu les avantages que l'opération leur a procurés et s'acheminer vers cet état de cachexie grave d'où on les a tirés.

Dans ces cas il ne faut pas hésiter. Il faut intervenir. L'évolution, autrement, en serait fatale, car la guérison spontanée dans ces cas est pratiquement inexistante, et on perdrait seulement l'avantage que donne pour l'intervention un bon état général.

La meilleure indication est cependant la radiographie (1). Elle seule permet de voir les lésions et de les situer exactement. Logiquement c'est sur elle que l'on devrait s'appuyer pour le degré du sacrifice, tandis que la clinique n'indique que l'opportunité du sacrifice et le moment de l'intervention. L'immense avantage que nous avons sur les premiers pionniers de la désarticulation, c'est que nous disposons aujourd'hui de radiographies précises qui ont manqué à tous ceux qui ont travaillé cette question et même à M. Morestin.

Causes de gravité. — Avant d'arriver à la description des différentes techniques qu'on peut suivre en pareil cas, nous allons voir d'abord quelle est ou quelles sont les causes de gravité de cette opération. Car c'est une intervention évidemment très grave, une mutilation affreuse ; cependant elle a beaucoup perdu de sa gravité d'autrefois. Au commencement, quand on la pratiqua, les succès furent fréquents. On en avait cherché l'explication dans la septicité des pansements, dans les hémorragies importantes qu'elle provoque, puis dans le

(1) Voir le chapitre « Radiographie » p. 53.

choc d'origine nerveuse. Nous étudierons donc ces causes et nous énumérerons également ce qu'on a proposé pour y remédier, sans toutefois reparler de la première qui n'a plus aujourd'hui, à l'ère de l'asepsie rigoureuse, qu'un intérêt purement historique.

Hémorragie. — On considérait d'abord que la principale cause de l'insuccès était dans la perte abondante de sang au cours de l'opération. On a donc fait la compression manuelle de l'aorte à travers l'abdomen, puis la compression digitale de l'artère fémorale. Le premier progrès relatif est apporté par Momburg. Il a proposé de comprimer l'aorte par une bande élastique fortement serrée autour de l'abdomen. Cette méthode, qui sans doute prévient l'hémorragie durant l'intervention, présente de grands désavantages. Elle est d'abord trop brutale. Puis elle n'est pas sans danger. Aussi est-elle tombée en discrédit en France — à l'exception de M. Yvert qui en est toujours partisan —. En Allemagne on l'emploie encore. Ce danger c'est qu'au moment de la décompression, le sujet est exposé à un choc dont nous ignorons l'origine, mais dont l'existence fut signalée par plusieurs auteurs.

En outre, Pagenschtecher après une hémostase exécutée à la Momburg vit se déclarer une paralysie de la vessie et du rectum chez son malade, qui s'arrangea d'ailleurs fort bien au bout de quelques mois. Comme il ligatura en même temps l'artère iliaque interne, il ne sut que penser de ce fait et le cite seulement pour mémoire. Ce fait resta isolé. Comme, d'autre part, M. Huc, au cours d'une intervention sur l'os iliaque —

pour une toute autre cause — mais où l'hémostase fut opérée à la Momburg sans ligature aucune des vaisseaux iliaques, a également observé une paralysie du rectum chez son malade, nous croyons que le rapprochement est intéressant à faire, sans que pour cela nous en tirions une conclusion.

On a conseillé également la ligature de l'artère iliaque primitive ; on ne fut pas long à s'apercevoir qu'une telle ligature était grosse de conséquences. Girard puis Nanu signalent des sphacèles, des troubles trophiques, de la gangrène, consécutifs à cette ligature. A la suite de Girard on se contente désormais de ne ligaturer que les vaisseaux iliaques externes et hypogastriques. M. A. Morestin est d'avis même, qu'aucune ligature préalable n'est nécessaire. Il ligature entre deux pinces les gros vaisseaux au fur et à mesure qu'il les découvre, et les petits une fois coupés. La majorité des chirurgiens cependant font l'hémostase préalable : à notre avis, c'est une précaution utile. Que ce fut l'une ou l'autre de ces méthodes qui fut employée, l'avis est unanime : la perte de sang n'est que *très minime* et par conséquent si elle contribue à la provocation de l'état de choc post-opératoire, ce n'est que d'une façon bien médiocre. Mais avant d'aller plus loin, nous mentionnerons rapidement une méthode accessoire qui fut également employée pour permettre au malade de ne perdre que le moins possible de son sang. On a fait ce qu'on a appelé l'autotransfusion. Le membre qui devait être amputé était vidé de son sang en le refoulant vers le centre à l'aide d'application de bandes d'Esmarch.

Cette pratique était inutile et nuisible. Inutile, car le malade n'a plus besoin d'autant de sang qu'auparavant ayant à irriguer une surface de corps réduite en proportion. Nuisible, car elle provoque une hypertension qui peut avoir un retentissement fâcheux sur le cœur pour peu qu'il soit lésé d'une façon même légère (Yvert). Par contre, on peut administrer, comme le font certains, du chlorure de calcium qui, s'il n'est pas très actif, n'est certes pas nuisible.

Causes principales du choc. — L'hémorragie ne porte donc qu'une responsabilité restreinte dans l'apparition de l'état de choc. D'ailleurs, comment admettre, dit Savariaud, que ce soit l'hémorragie qui est à l'origine de si graves désordres, puisque dans la résection il n'y a pas de choc et cependant l'hémorragie y est beaucoup plus importante que dans la désarticulation.

Il n'en est plus de même des tiraillements et des elongations subis par les gros troncs nerveux. Quand on lit les observations, on a bien l'impression qu'il s'agit d'un phénomène nerveux, car ces malades succombent ou au cours de l'opération même, ou au plus tard dans les heures qui suivent l'intervention.

On peut comparer ces états à un véritable choc traumatique par écrasement où les nerfs sont broyés (Savariaud). La syncope paraît être provoquée par un réflexe, aussi Savariaud propose-t-il de faire une véritable ligature physiologique des nerfs avant d'opérer en injectant de la cocaïne dans le cul-de-sac rachidien et en faisant également une injection interstitielle

dans les deux troncs nerveux intéressés, en cette circonstance le sciatique et le crural.

En 1894, Cacciopoli a signalé (1), et tout récemment M. Morestin a attiré l'attention plus particulièrement sur un autre fait qui nous paraît aussi jouer un rôle très actif dans la provocation du déclenchement de ce complexe nerveux qui, par la voie réflexe, aboutit au choc. C'est le traumatisme du bassin par coup, tiraillement, ou torsion qu'il subit au moment où on *arrache* la tête fémorale ankylosée, en s'appuyant sur le puissant bras de levier que fournit la jambe. Quel en est le mécanisme intime ? nous l'ignorons, mais ce qui est certain c'est que souvent à ce moment on voit pâlir son malade et le pouls se ralentir, comme c'est le cas dans l'observation n° 4. Voici ce que dit Kramer (2) à ce propos : « La section des os du bassin avec la gouge et le marteau provoque une accélération et un affaiblissement, et même après un martelage répété et trop brutal, la suspension du pouls. » C'est donc un phénomène important à noter et ce n'est certes pas une précaution de trop que d'employer une technique qui permette de désarticuler la tête d'une façon moins brutale et en même temps moins choquante. La technique que nous préconisons : à savoir couper le fémur et sortir ce qui reste de la tête par petits morceaux à la pince gouge, constitue — croyons-nous — un progrès non sans intérêt.

(1) *Riforma Medica*, 1894.

(2) Congrès des chirurgiens allemands en 1895.

L'albuminurie constitue-t-elle une contre-indication à l'opération ?

C'était l'opinion ancienne ; on se gardait bien d'intervenir quand l'albumine apparaissait dans les urines. M. Savariaud (1) en 1910 la considère encore comme indication suffisante pour renoncer à l'opération. Mais à force d'intervenir dans des cas *désespérés* de coxalgie où l'albuminurie constituait un des symptômes majeurs de la dégénérescence amyloïde, qui est précisément la cause de cet état, on s'est aperçu que, non seulement elle ne contre-indiquait pas l'opération, mais bien au contraire elle devenait le signe capital, à côté d'un état général qui déclinait, pour l'indication de l'intervention (Morestin, Sorrel). Sa disparition, après l'opération, vient appuyer cette façon de voir.

La perte du membre est-elle un sacrifice ? — Nous venons de passer en revue les dangers que courent les opérés en subissant la désarticulation. Nous avons cité les moyens d'y remédier, on pourra y ajouter encore le sacrifice du membre qu'on demande au malade. Mais est-ce bien un sacrifice que de perdre un membre « atrophié, raccourci, inutile, douloureux et malpropre ? » (Morestin) Ce membre chétif, grêle, insuffisamment développé, et souvent compromis dans sa nutrition, de plus considérablement raccourci ne présente qu'une valeur fonctionnelle minime sinon nulle. Si on y ajoute l'inconvénient qui résulte des soins continuels qu'il demande et quelquefois les douleurs dont il est le siège,

(1) *Pédiatrie pratique*, Lille 1910.

on voit que loin d'être un sacrifice souvent c'est un grand service qu'on rend à ces malades, sans compter que ce nid d'infection est également une menace pour la vie du sujet.

Par contre, après la guérison on voit véritablement ressusciter ces malades ; des infirmes jusque-là et à la charge de leur entourage, cloués à leur chaise longue, au lit, sont rendus à la vie, à leur métier. Nous allons reproduire ici trois observations de MM. Morestin (1), Lenormant (2) et Sorrel (3) ; toutes les trois typiques à cet égard.

OBSERVATION I

L'opéré est un homme de 27 ans, petit, chétif, qui depuis plus de vingt ans erre d'un hôpital à l'autre, n'ayant eu que de rares périodes d'amélioration, pendant lesquelles il a vaguement exercé la profession d'horloger. Sa coxalgie a débuté vers l'âge de 7 ans. Il a d'abord été soigné dans un hôpital de province puis à Paris. Après un séjour prolongé à Trousseau, il a été envoyé à Berck, d'où il est revenu à Paris, séjournant tantôt dans un service, tantôt dans un autre. Il nous est adressé à Saint-Louis et entre le 1^{er} mai dans le service de M. Richelot, isolement n° 9.

Gabriel M..., malgré ce long passé pathologique, sa petite taille, son apparence médiocre, a conservé un assez bon état général. Il ne tousse point, n'a jamais eu d'hémoptysie, et l'auscultation ne révèle rien du

(1) Morestin, Société anatomique, 1900, p. 550.

(2) Lenormant, Société de Chirurgie, 1921, p. 411

(3) Sorrel, *id.*, 1925, p. 932.

côté des poumons. A part sa coxalgie, il ne présente aucune autre manifestation tuberculeuse. Il n'y a à relever que de la blépharite chronique des deux côtés. L'appétit est conservé et les fonctions digestives s'exécutent normalement.

Mais cet homme est néanmoins dans une situation fort triste en raison de l'état de sa hanche gauche. Toute la racine du membre pelvien est criblée de fistules. Il y en a en avant au voisinage de l'arcade crurale, plus bas en dehors du muscle couturier, en arrière au-dessus du muscle grand fessier, au voisinage de l'ischion au-dessus et au-dessous du grand trochanter.

Il y en a une douzaine étagées depuis la crête iliaque jusqu'à mi-cuisse.

Il s'écoule par ces divers orifices du pus en grande abondance. D'autres ouvertures d'abcès se sont fermées, et on en voit çà et là les cicatrices déprimées.

L'attitude est déplorable. La cuisse est en flexion, adduction et rotation en dedans. La flexion est très accentuée, la cuisse est à angle droit avec le bassin quand on retrouve l'ensellure lombaire qui est énorme. L'adduction est également très forte et la cuisse gauche vient croiser la droite au-dessus du genou. Le membre tout entier est atrophié, grêle, et dans l'attitude verticale, le pied est à 14 centimètres du sol. L'articulation tibio-tarsienne est enraidie, les muscles et les aponévroses rétractés, car on ne peut faire quitter au pied la position d'équinisme.

Il est également impossible d'obtenir l'extension complète de la jambe sur la cuisse.

Le malade se plaint beaucoup de son genou, au niveau duquel on ne constate d'ailleurs aucune lésion.

L'extrémité supérieure du fémur est fortement déplacée en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe. On en apprécie mal les limites, elle est entourée d'une

gangue ferme, dure, à limites diffuses, de tissus empâtés et ligneux. Un abcès est en train de se former au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, entre elle et le grand trochanter remonté. Le fémur paraît complètement fixé au bassin. La pression détermine de la douleur assez modérée autour de l'extrémité fémorale et de la douleur très vive au niveau de la partie antérieure de la fosse iliaque externe.

L'exploration des fistules au stylet n'apporte aucun renseignement utile. Ce sont des trajets irréguliers et complexes et l'instrument est promptement arrêté. Mais il n'est pas besoin de toucher les os avec le stylet pour en affirmer les lésions très étendues.

La marche est complètement impossible sans béquilles et des tentatives de déambulation résultent très rapidement de vives douleurs. Voilà des années que les choses durent ainsi. De nouveaux abcès se reforment sans cesse, et notre malade, incapable de travailler et à la charge de tout le monde, demande à être opéré, résigné d'avance à tout ce qu'on pourra lui proposer. Il se rend d'ailleurs bien compte de sa situation, de sa gravité, et ses divers séjours dans les hôpitaux paraissent l'avoir pleinement édifié sur l'avenir des coxalgies fistuleuses. Il remarque d'ailleurs que ses forces diminuent, qu'il maigrit, et que la suppuration semble devenir plus abondante.

Il était évident qu'en laissant le malheureux dans cette situation, il finirait par succomber à une complication ou par une septicémie chronique. Des injections modificatrices avaient été pratiquées sans succès à diverses reprises, et il nous parut inutile de continuer ces tentatives stériles.

La résection de la hanche était au premier abord une ressource meilleure. Mais l'examen du malade montrait bien vite qu'une résection ne pouvait donner ici

un résultat utile. A supposer qu'on eut obtenu la guérison, le membre prodigieusement raccourci serait resté attaché au bassin comme un appendice flasque, inerte et fort gênant. Cela même on eût été fort heureux de l'obtenir. On ne l'aurait pas obtenu. Avec de pareils tissus, traversés en tous sens par des abcès ou des fistules, des lésions osseuses étendues, aggravées encore par des infections secondaires ; quelle résection eût pu donner satisfaction. En dépit des meilleurs soins la plaie serait restée fistuleuse.

Il n'y avait donc que deux partis à prendre, ou bien laisser le malade comme il était ou bien supprimer le membre inférieur et les parties malades du bassin.

J'exposai cette situation au malade qui, sans hésiter, choisit le dernier parti.

Je l'opérai donc le 1^{er} juin. Incision en raquette à queue externe. Désarticulation (1) avec résection du cotyle (bord, fond, et parties avoisinantes) sans traverser toute l'épaisseur de l'os. Lavage au chlorure de Zn ; tamponnement de toute la surface qui saigne en masse. L'opération est bien supportée. Evolution sans température (2).

C'est à cette observation de M. Morestin que nous faisons allusion tout à l'heure. Comme on voit elle entre dans le cadre des malades chez qui l'opération est nécessitée par l'état local plutôt que par l'état général.

(1) Suivant technique décrite plus loin.

(2) Le compte rendu opératoire est en résumé.

OBSERVATION II

La malade est une femme de 31 ans qui fut atteinte, dès l'enfance, d'une coxalgie gauche. L'affection aurait débuté dès l'âge de 5 ans, et vers 13 ans, elle s'accompagne d'un abcès qui guérit après incision. En 1914 peu de temps après un accouchement, la hanche malade fut le siège d'une poussée nouvelle avec apparition de plusieurs abcès, dans la fesse et dans la partie antérieure de la racine de la cuisse. Ces abcès furent ponctionnés mais se fistulisèrent et, lorsque la malade rentra, en novembre 1918, dans le service de M. Rochard à l'Hôpital Saint-Louis, ces fistules suppuraient toujours. Elle subit le 23 novembre 1918, une première intervention au sujet de laquelle j'ai trouvé les indications suivantes dans les registres d'opération du service : « Ablation du grand trochanter, lésions multiples, drainage. » En fait, il semble qu'on ait débridé les abcès et curetté les foyers osseux.

Toujours est-il que cette intervention ne fut suivie d'aucune amélioration. Quand je pris le service en février 1919, la suppuration était abondante, les douleurs très vives, et l'état général déclinait peu à peu. Les pansements les plus soigneux, l'héliothérapie, le traitement général prolongés pendant près d'un an, ne modifièrent en rien cette situation et il devenait évident que la malade, qui se cachectisait de plus en plus, était vouée à la mort. La désarticulation de la hanche me parut le seul moyen d'enrayer cette évolution, et je

me décidai d'autant plus facilement à ce sacrifice que tout le membre gauche était atrophié dans son ensemble, beaucoup plus court et plus grêle que son congénère avec une disparition presque complète des masses musculaires et des altérations morphologiques du squelette, visibles sur la radiographie.

La désarticulation de la hanche fut pratiquée le 9 janvier 1920. La tête et le col fémoraux étaient complètement détruits par le processus d'ostéite tuberculeuse ; la cavité cotyloïdienne atrophiée et complètement remplie de fongosités fut soigneusement curettée.

L'opération était bien supportée, mais la guérison était loin d'être encore obtenue : la plaie suppura et il fallut pour la désinfecter, l'irriguer au Dakin. Des fistules persistaient encore, qui conduisaient, les unes sur la cavité cotyloïdienne, les autres sur la tubérosité ischiatique. Une nouvelle intervention fut encore nécessaire. Je la pratiquai le 20 octobre 1920 : je poursuivis un trajet fistuleux conduisant au cotyle ; les lésions osseuses semblaient limitées ; je les curettai et j'excisai les bords calleux de la fistule.

Aujourd'hui la cicatrisation est complète et l'état général de la malade s'est complètement transformé : elle est grasse, colorée et tout à fait bien portante et cette femme qui était immobilisée au lit depuis quinze mois et qui déclinait de jour en jour va quitter l'hôpital et reprendre une vie relativement active malgré sa mutilation.

OBSERVATION III

Le malade est âgé de 22 ans 1/2.

La coxalgie avait débuté à l'âge de 6 ans. Trois ans plus tard, des abcès étaient survenus, des fistules

s'étaient produites et depuis ce temps la suppuration avait persisté.

Lorsque le malade entra à l'Hôpital maritime de Berck en mars 1922, quinze ans après le début de sa coxalgie, la situation était très grave : l'état général était misérable et l'on avait l'impression que seule, une désarticulation pouvait sauver l'existence.

Mais on ne pouvait songer à la pratiquer d'emblée, car il était de toute évidence qu'elle ne pourrait être supportée. Un rétrécissement mitral probablement congénital venait encore compliquer la situation.

Pendant l'été 1922, on tenta de remonter l'état général : malgré les conditions hygiéniques excellentes dans lesquelles se trouvait placé notre pauvre malade, malgré l'héliothérapie largement pratiquée, l'état ne fit qu'empirer. La température persista, l'amaigrissement augmenta. De petites quantités d'albumine apparurent dans les urines et en octobre 1922, malgré mes craintes de voir succomber le malade au cours de l'opération même limitée, il fallut commencer à agir.

En un premier temps le 30 octobre 1922 : résection de la hanche.

En mai 1923 : désarticulation.

Il fallut cependant encore deux petites interventions : en septembre 1924 et en mai 1925 par lesquelles on fit l'ablation des parties postérieures nécrosées de l'aile iliaque pour assurer la fermeture des fistules.

En juillet 1925, la guérison était définitive.

On peut considérer ces deux observations comme des observations types de malades porteurs de lésions acétabulaires. Les cas ressemblent cliniquement presque toujours à ces deux types, comme on pourra en juger par les autres insérés un peu plus loin, sauf que

ceux-là présentaient une gravité encore plus grande car il s'agissait d'enfants.

Voici donc trois malades atteints de la même maladie. Que faire ? quelle technique suivre ?

Technique. — L'objectif étant toujours le siège des lésions, quel sera le trajet de l'incision ? Elle sera toujours commandée par les lésions cutanées. Pour faire un lambeau il faut avoir une peau saine ; or, dans ces formes la peau est criblée de trajets fistuleux, et ces fistules siègeront souvent en avant dans le triangle de Scarpa au-dessus ou au-dessous de l'arcade crurale ; rarement en arrière, quelquefois sur la face externe. C'est dire qu'elle sera atypique, qu'elle ne répondra que rarement à la description classique qu'on suit dans les désarticulations motivées par une autre cause. L'adduction et la flexion font également qu'on ne peut guère tracer un lambeau antérieur.

Le lambeau externe est recommandé par M. Moresan, nous allons citer sa façon de procéder :

« Le membre étant en flexion, adduction et rotation interne, le seul bon procédé utilisable est celui de la raquette à queue externe. La queue de la raquette doit commencer dans la fosse iliaque externe au niveau de la partie postérieure de celle-ci et descendre jusque sur la saillie trochantérienne et même un peu au-dessous. La boucle de la raquette doit être presque transversale et passer en dedans à faible distance du sillon périnéo-crural.

La partie antérieure étant plus malaisément abordable, il est plus simple de commencer l'opération par

la préparation de la partie postérieure, en entaillant les parties molles jusqu'au niveau du cotyle ; de continuer ensuite par la partie interne et de terminer la coupe des parties molles par la section des tissus situés en avant.

La principale difficulté de l'intervention git précisément dans l'ankylose coxo-fémorale.

On est obligé de sectionner des masses fibreuses qui forment autour de l'articulation une gangue diffuse. L'extrémité supérieure du fémur est déformée, irrégulière, en partie détruite et solidement fixée au bassin. On est conduit à faire de grands efforts pour l'en séparer, pour l'en arracher.

L'intervention, limitée aux manœuvres que nous venons de décrire, serait incomplète et peu satisfaisante. Il faut y joindre nécessairement un temps cotyloïdien. Il faut niveler et réséquer le cotyle pour détruire les lésions qui peuvent persister à ce niveau. Pour cet acte complémentaire, on peut utiliser la scie, le ciseau et le marteau, mais rien ne vaut une pince gouge de grandes dimensions, qui permet d'agir avec force et précision sans imprimer au bassin de nouvelles secousses. »

Nous avons vu la façon de procéder de M. Morestin, voyons ce que M. Sorrel propose. Il emploie l'anesthésie rachidienne — qu'il recommande chaudement — le procédé dit rapide à deux lambeaux par transfixion. Il dit dans sa communication à la Société de Chirurgie le 7 novembre 1925, qu'il décrira plus longuement son procédé, mais jusqu'à présent, il ne l'a pas encore publié, croyons-nous. Aussi nous ne savons pas s'il

diffère du procédé classique et sur quels points. Jusquelà, nous sommes obligé d'en parler comme du procédé classique décrit dans Farabeuf qui en a déjà signalé les inconvénients.

Aussi notre préférence va vers les méthodes plus douces et nous suggérons, même pour la désarticulation, la façon de procéder de M. Hué, c'est-à-dire en deux temps — qu'on nous excuse d'anticiper sur le chapitre technique : — un premier temps où l'on coupe le fémur en drainant et en laissant la plaie ouverte, et un deuxième temps où l'on ampute la jambe n'ayant plus que les parties molles à couper. Ainsi on se met à l'abri du « shock ».

Pronostic. — Le pronostic de la désarticulation est infiniment moins grave aujourd'hui qu'autrefois. Malheureusement nous n'avons pas trouvé dans les ouvrages récents des chiffres qui, seuls, pourraient donner une idée exacte ; les anciens ne présentant plus aucun intérêt. Nous pouvons cependant parler des impressions des différents auteurs que nous avons consultés et plus particulièrement celles de M. Morestin. Il dit que c'est une opération dont le pronostic est relativement bénin et sur les 5 cas qu'il a opérés jusqu'à 1914, il a eu 4 guérisons. Si on prend en considération, d'autre part, que c'est la vie même du sujet qui était en jeu, on comprendra facilement qu'il n'y a aucune hésitation possible, car réellement ce qu'on risque n'est nullement en rapport avec ce qu'on gagne.

En résumé, quand les lésions siègent sur le cotyle ou sur son pourtour pas très éloigné, et quand elles res-

tent des lésions de surface sans pénétrer dans la profondeur de l'os, l'intervention de choix est la désarticulation. Cependant il ne faut pas s'en contenter exclusivement, il faut aller chercher les lésions très soigneusement, les gratter, les évider, comme, selon la comparaison imagée de M. Savariaud, « on évide une pomme gâtée ».

Par contre, « si les lésions sont plus étendues, le prix de la guérison est à la résection de l'os iliaque » (Mores-tin).

CHAPITRE III

L'INTER-ILIO-ABDOMINALE DANS LA COXALGIE

Définition. — La définition première de la désarticulation inter-ilio-abdominale comprenait la désarticulation du fémur avec l'acétabulum, plus la désarticulation de l'os iliaque au niveau de la symphyse sacro-iliaque en arrière et de la symphyse pubienne en avant. C'est ainsi que l'ont compris ceux qui les premiers l'ont employée. Cependant des considérations anatomiques (insertion des grands droits, de l'ischio-caverneux, du releveur, etc.) et orthopédiques font que déjà Girard ne désarticule plus l'os iliaque dans ses articulations en arrière et en avant, mais bien il coupe les branches des os iléon, ischion et pubis. L'opération ainsi modifiée n'a pas moins gardé son nom initial et aujourd'hui on entend sous le nom inter-ilio-abdominale non plus l'ablation de tout une demi-ceinture pelvienne en totalité, mais en partie seulement laissant en place un plus ou moins grand morceau de l'os iliaque, de branches pubiennes et ischiatiques.

Historique. — Nous ne nous étendrons pas longtemps sur l'historique de l'inter-ilio-abdominale qui est exposé

dans tous les ouvrages et articles parus à ce sujet (1). Rappelons seulement que cette opération fut pratiquée pour la première fois en 1889 par Billroth non pas pour coxalgie, mais pour un sarcome. Cette opération n'a cependant pas été publiée. La première communication date de 1894 de Jaboulay, qui mentionne en même temps la précédente qu'il apprenait par la communication orale de Berg qui paraît avoir assisté à l'opération. Puis Girard, ignorant la communication de Jaboulay, publie en 1895 la troisième. C'est lui qui enregistre le premier succès et qui, le premier, opère pour coxalgie.

Depuis nous avons connaissance de 35 cas publiés, la majorité pour tumeur. Cette question ne nous intéresse pas, ici nous ne l'exposerons pas ; toutefois nous avons dressé un tableau de tous les cas publiés jusqu'à nos jours, et qui se trouve à la fin de notre thèse, pour faciliter les recherches de ceux qui s'intéressent à cette question. Notre bibliographie contient d'ailleurs les ouvrages récents qui ont trait à cette question.

Pour coxalgie il n'y a que 7 cas en tout qui aient été publiés. Voici un tableau les récapitulant :

Girard	1895	mort	1 cas
Bardenhauer	1897	guérison	1 —
Gallet	1901	mort	1 —
Dreist	1903	suites inconnues	1 —
Morestin	1908	guérison	1 —
Chutro	1918	guérison	2 —

(1) Les principaux sont :

Croisier, Thèse de Paris, 1900-1901.

Savariaud, *Revue de chirurgie*, 1902, p. 349.

Yvert, *id.*, 1918, t. LVI, p. 104.

Nous avons réuni toutes ces observations dans les travaux originaux, sauf pour M. Chutro dont la communication ne contient pas d'observation.

Cette opération est considérée par tout le monde comme excessivement grave et n'ayant comme indication que les seuls cas exceptionnellement désespérés où la question se posait de la façon suivante : laisser mourir en paix son malade ou courir les risques plus que grands de l'intervention. Et beaucoup de chirurgiens choisissaient la première.

Gravité. — Opération irrégulière et mal réglée, elle n'est même pas considérée en France comme présentant suffisamment d'intérêt pour prendre une place, si minime qu'elle fût, dans les traités de chirurgie et de médecine opératoire (Yvert). Il n'y a guère que le traité du professeur Mignon (1) qui lui consacre un chapitre. Opération certes grave dont la cause est dans la fréquence d'apparition des syncopes.

Voici ce que M. Savariaud indique comme étant la cause du choc :

Le très jeune âge du malade ;

La longueur de l'opération ;

La perte de sang ;

L'ébranlement nerveux par section de gros nerfs ;

L'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Ce que nous avons dit sur ce sujet dans le précédent chapitre reste vrai *a fortiori* dans les interventions

(1) Amputation des membres, 1900.

sur l'os iliaque. Nous n'y reviendrons plus, les ayant discutées à ce moment. Qu'il nous soit permis d'insister seulement sur l'importance que nous attachons à l'effet shockant des manœuvres plus ou moins brutales portant sur l'os iliaque, et sur la nécessité de réduire les temps de l'intervention. Ce sont là les deux conditions, avec une bonne hémostase préalable, pour avoir un maximum de chance d'éviter le shock.

Toujours est-il que les résultats obtenus n'ont rien eu d'encourageant. Cependant il faut faire la distinction entre les deux causes qui ont nécessité l'inter-ilio-abdominale, à savoir la coxalgie et les sarcomes. Or, en feuilletant les statistiques on s'aperçoit que *l'inter-ilio-abdominale pratiquée pour coxalgie est loin d'avoir la gravité qu'elle a dans les tumeurs*. Quelle en est la cause ?

Nécessité d'agir en plusieurs temps. — Si elle s'est montrée si décevante dans les résultats qu'elle donnait, c'est que l'opération a été exécutée en un temps (Jaboulay) ou en deux (Girard).

C'est M. Morestin qui attire l'attention sur ce fait. C'est lui qui préconise l'intervention en plusieurs temps, à la suite de l'opération qu'il fit le 10 août 1905 à Saint-Louis avec succès. Et cette notion de fragmentation des différents temps opératoires est un grand pas en avant dans l'histoire de l'inter-ilio-abdominale. La différence de mortalité énorme qui existe dans l'inter-ilio-abdominale pratiquée pour tumeur et celle pratiquée pour coxalgie, croyons-nous, est démonstra-

tive (1). Pourquoi a-t-on donc enregistré 4 guérisons contre 2 morts (1 suites inconnues) sur 7 cas sinon parce que ces opérés ont été en partie réséqués ou ont subi l'opération à plusieurs temps. Il n'y a que l'observation de Bardenhauer qui ne soit pas conforme à cela, mais c'est la seule et il n'y a pas de règle sans exception. Nous ne saurions donc pas assez insister avec M. Morestin sur la nécessité d'agir en plusieurs temps, à quelques semaines ou même, au besoin, à quelques mois d'intervalle si c'est nécessaire. Nous verrons dans l'exposé de la technique que ce temps n'est pas un temps perdu, car nous l'utiliserons de notre mieux pour agir sur l'état général de nos malades à l'aide d'une bonne hygiène et de la vie au grand air. C'est pourquoi la façon de procéder de M. Huc nous paraît être recommandable à cet égard.

Indications. — Quelles sont les formes de coxalgie justiciables de cette thérapeutique ultime ? Les candidats à cette opération sont les malades qui ont déjà subi les deux premières interventions et chez qui les lésions se sont montrées rebelles à toutes tentatives thérapeutiques. Aussi on comprend que ces cas fussent rares. Si le grand nombre des désarticulés s'est guéri, si la majorité de ces malades, au bout de longs mois de convalescence, au prix de soins infinis et beaucoup de patience a la joie de voir s'améliorer son état général, si chez quelques-uns il persiste une petite fistulette

(1) Pour les statistiques pour tumeur, consulter le travail de M. Yvert, *Revue de chirurgie*, 1918, t. LVI, p. 104.

sans gravité, il reste un certain nombre d'entre eux qui, malgré tout ce qu'on fait pour eux, ne sont améliorés que passagèrement, pour un temps bien restreint. Chez eux, le foie grossira de nouveau, l'albumine reparaitra dans les urines et de nombreuses fistules s'ouvriront de nouveau. Chez eux, l'ultime salut c'est l'interilio-abdominale.

Les interventions antérieures ont amélioré certainement l'état général, mais localement on pourrait être découragé si certains symptômes n'indiquaient l'existence de foyers ostéomyélitiques plutôt que des foyers tuberculeux. En particulier la réapparition des fistules et des abcès n'est plus froide mais s'accompagne de température, de douleurs assez vives, le pus n'est plus le pus séreux avec du caséum, le pus mal lié des classiques, c'est au contraire un pus jaune, épais, riche en microbes banaux, staphylocoques surtout.

Mieux que la description que nous pourrions donner, l'observation d'une malade que nous empruntons à M. Morestin, illustrera ces cas. Nous insérons après deux observations du service en établissant un parallèle pour montrer la grande ressemblance clinique de ces cas. On verra les soins infinis, les interventions successives que réclament ces malades : dans le cas de M. Morestin, il y eut jusqu'à 13 interventions et le succès qui couronna une pareille patience n'était que trop mérité. N'était-ce donc point intéressant de chercher à régler une opération pour arriver à faire en une fois par une intervention radicale ce que M. Morestin

a dû faire en treize fois. C'est ce qu'a fait M. Huc de la façon décrite chapitre « Technique ».

OBSERVATION IV (1)

Charlotte T..., bijoutière, était âgée de 26 ans, quand elle est entrée dans mon service le 4 février 1911.

Elle était atteinte d'une coxalgie datant de l'enfance, qui n'avait jamais bien guéri, qui, depuis quelques mois avait pris une marche rapide et que des complications septiques survenues depuis quelques semaines rendaient de la plus extrême et de la plus pressente gravité.

La coxalgie aurait commencé à l'âge de 5 ans à la suite d'une chute sur une pierre, alors que l'état général était fort médiocre, le sujet ayant eu dans l'espace de quelques mois, la rougeole, la coqueluche et le croup. Charlotte T... était d'ailleurs délicate et d'une famille fertile en tuberculeux. La coxalgie se révéla avec tous ses caractères classiques, mais, dès le début, prit une allure fâcheuse. L'enfant fut soignée à l'Hôpital Trousseau puis envoyée à l'Hôpital de Berck. Des abcès survinrent de bonne heure au pourtour de l'articulation ; on lui fit des ponctions multiples, puis un grattage articulaire. Pendant quatre ans elle resta couchée. A l'âge de 10 ans, la malade paraissant guérie put rentrer à Paris. Elle boitait beaucoup ; le genou était enraidí et la hanche ankylosée. De temps à autre survinrent des poussées douloureuses au niveau de la hanche. De temps à autre aussi, s'ouvrait une fistule qui pendant un temps plus ou moins long, donnait issue à du pus en quantité plus ou moins abondante. Dans le courant de 1910 la situation empira beaucoup ; les douleurs

(1) Morestin, *Gazette médicale de Paris*, 1914, p. 32.

devinrent plus vives, la marche impossible ; des fistules s'ouvrirent de tous côtés au tour de la racine du membre : la malade maigrit beaucoup. Enfin dans les premiers jours de janvier 1911, elle commença à avoir de la fièvre ; en même temps la suppuration prit un caractère de repoussante fétidité.

L'état de la malade ne fit que s'aggraver jusqu'au moment où elle fut admise dans mon service. Tout faisait alors présager une terminaison fatale très prochaine. La malade était extrêmement amaigrie, très faible, très grêle, avec du muguet sur la langue et une température très élevée. Le membre inférieur droit raccourci et atrophie était en flexion, adduction et rotation interne. Des fistules s'ouvraient en dehors et en arrière du grand trochanter à la partie intérieure de la cuisse, et, par ces fistules s'écoulait en grande abondance un pus fétide. Toute la racine de la cuisse était empâtée et douloureuse ; une grosse voussure se dessinait immédiatement au-dessous du périnée, au niveau de la partie supérieure des adducteurs. Au niveau de cet empâtement il était facile de reconnaître l'existence d'une grosse collection purulente, qui se vidait fort mal par les orifices fistuleux.

L'examen du poumon ne nous révélait pas des lésions en voie d'activité, bien que la malade ait eu auparavant de nombreuses bronchites. Par contre l'urine contenait une notable quantité d'albumine.

Le pronostic paraissait si sombre au premier abord que l'on pouvait croire la pauvre malade perdue sans ressource et se contenter de la laisser finir tranquillement. Néanmoins elle fut pansée avec soin et des drains furent glissés dans les parties suppurantes.

Au bout de quelques jours la malade, contrairement à notre attente, n'ayant pas succombé, et son état restant sensiblement le même, je fis une incision sur la face

interne de la cuisse pour mieux drainer le vaste foyer purulent occupant la racine du membre. Une autre incision fut pratiquée en arrière du grand trochanter et un drain placé d'une plaie à l'autre. Malgré la très grande rapidité avec laquelle fut faite cette opération, la malade faillit succomber presque aussitôt.

Néanmoins il en résulta un léger mieux, mais il fut de très courte durée. La suppuration restait toujours abondante et extraordinairement fétide, malgré les injections de teinture d'iode rendues plus faciles par des plus larges plaies.

La malade déclinait encore, elle avait de la diarrhée que modéraient à peine le laudanum et l'acide lactique: la température continuait à présenter de grandes oscillations.

Persuadé que la rétention septique était la cause d'un état aussi inquiétant, je pensai que le sacrifice du membre pouvait seul sauver la malade si toutefois l'opération était supportée.

Je pratiquai donc le 9 mars 1911, la désarticulation de la hanche. La malade ne prit qu'une bouffée de chloroforme. L'opération fut faite à deux lambeaux, l'un antérieur et l'autre postérieur, lambeaux asymétriques, les incisions remontant beaucoup plus haut en dehors qu'en dedans. Je commençai la libération du fémur en arrière et en dehors, l'hyperadduction avec flexion imposant pour ainsi dire cette technique; puis en dedans les vaisseaux fémoraux furent découverts et pincés à l'endroit où la taille du lambeau permit de les découvrir. Le fémur dut être arraché car il était ankylosé et très solidement fixé au bassin. Les débris de la tête restèrent même dans le cotyle méconnaissable. Le shock fut énorme et l'opérée dont le pouls était absolument imperceptible, prit aussitôt un aspect cadavérique.

Les pinces furent laissées à demeure et la plaie tamponnée après un rapide barbouillage iodé.

Pendant plusieurs heures l'état de la malade restait alarmant. Néanmoins, elle se remonta peu à peu sous l'influence des injections de sérum, de caféine et d'éther. Le lendemain, elle était calme, avec le pouls à 120, encore un peu irrégulier ; la température à 36°8.

Le 11, le pouls n'était plus qu'à 116, plus plein, presque régulier. La malade était très calme, avait dormi. Depuis l'opération la diarrhée a cessé.

Le pansement fut changé, il s'en dégageait une odeur fétide. Les pinces furent enlevées, à l'exception de celles laissées sur les vaisseaux fémoraux.

Le 12, une escarre se développe.

Le 18, le toucher rectal décèle l'existence d'un abcès ilio-pelvien, fait sortir du pus par une fistule au niveau du trou obturateur ; on place un drain dans cet orifice pour faire de l'injection dans ce foyer. A partir de ce moment le muguet, la température disparaissent ; le tube digestif devient plus tolérant.

Vers le 15 avril, on commence à avoir quelques espoirs de la voir survivre.

Le 29 avril, relevant le lambeau antérieur, on coupe l'arcade crurale à son insertion externe et on ouvre le foyer ilio-pelvien, où stagnait toujours du pus. On pratique en outre une contre-ouverture contre la hanche ischio-pubienne, pour drainer un diverticule d'abcès, que le toucher vaginal a permis de reconnaître. Enfin, on débride encore vers la partie supérieure de la fesse, pour ouvrir un clapier dont le pus venait du bassin par la grande échancrure sciatique.

La température cesse d'une façon à peu près complète. On en profite pour attaquer le bassin.

Le 6, on commence cette résection pelvienne. L'os est mis à nu jusqu'à la hauteur de la grande échan-

crure sciatique ; l'os iliaque est scié, de haut en bas, jusqu'au voisinage de cette échancrure. A ce moment la malade est devenue d'une pâleur extrême, son pouls fort rapide et la respiration irrégulière. On interrompt l'opération.

On poursuit le 9 mai. Sectionnement de la tubérosité ischiatique, du pubis au voisinage de la symphyse. On détache l'os. Cette fois le shock fut mieux supporté.

Cependant le muguet réapparaît, on constate un œdème du pied restant.

Peu à peu cependant la malade se ressaisit ; la plaie se réduisait considérablement, l'appétit était revenu, l'escarre coxeygienne était tombée, laissant une plaie qui se cicatrisait régulièrement ; l'aspect du visage devenait satisfaisant ; bref, au mois de juin, on pouvait être rassuré au sujet de l'existence.

Héliothérapie, bonne alimentation pendant tout l'été. L'état général devient bon, la malade engraisse notablement.

La plaie se réduisit beaucoup, mais çà et là persistaient des foyers fongueux, irréguliers, profonds et tortueux. De nombreuses interventions furent encore nécessaires pour détruire toutes les lésions dont l'évolution se poursuivait, tant au niveau du squelette pelvien que dans l'épaisseur des parties molles voisines.

Bien que le détail de ces interventions soit un peu fastidieux, nous devons cependant insister sur leur multiplicité, pour montrer l'extrême difficulté que peut présenter, dans les cas de ce genre, la destruction complète des lésions, et quelle ténacité il faut, pour en triompher, apporter à les poursuivre.

Le 3 octobre 1911, nettoyage des foyers à la curette ; extirpation de la tubérosité de l'ischion ; nettoyage

de l'os iliaque à la pince-gouge au niveau de la tranche de section.

L'état général est resté bon, les règles même sont revenues, mais localement, la suppuration persiste. L'exploration montre que les lésions persistent dans deux foyers principaux : l'un antérieur répondant aux débris du pubis ; l'autre postérieur en rapport avec l'os iliaque laissé en place. Le stylet conduit dans l'un et l'autre foyer sur de l'os dénudé.

Le 5 décembre, on enlève par une double incision, les bords de la plaie en rigole où s'ouvrent les clapiers.

Au prix d'une dissection pénible, en traversant des tissus scléreux et vasculaires, on pénètre graduellement vers la profondeur, se dirigeant vers le pubis et la branche ischio-pubienne. Mais le foyer se ramifie. Des diverticules s'en détachent, s'enfoncent vers l'intérieur du bassin, sur les côtés de la vessie, du côté du plancher pelvien, dans le mont de Vénus, dans l'épaisseur de la grande lèvre, partout on découvre des loges anfractueuses tapissées de fongosités et entourées de tissus indurés et méconnaissables. On sépare les deux pubis sur la ligne médiane en enlevant le pubis du côté droit et ce qui reste de la branche horizontale et de la branche ischio-pubienne. Tous les recoins fongueux sont curettés et cautérisés. Mais ici on est obligé de s'arrêter sans avoir abordé la partie postérieure du bassin. Malgré la rapidité de l'intervention et le soin avec lequel toutes les surfaces cruentées ont été tamponnées au fur et à mesure, la perte de sang a été importante et constitue une spoliation notable pour un aussi frêle organisme.

De fait, la malade est devenue très pâle ; son pouls est extrêmement rapide, incomptable, sa respiration irrégulière. Il est nécessaire d'interrompre l'acte opératoire.

Le 7 décembre, on poursuit l'opération. Enlèvement de la partie restante de l'iléon.

Quand elle est rapportée dans son lit, son poulx est incomptable : c'est comme un roulement continu sous le doigt explorateur. Cependant les suites furent assez bonnes. Peu à peu l'opérée reprit bonne mine et son état général devint bientôt très satisfaisant.

Le 25 janvier 1912, curettage des diverticules fongueux des parties molles, principalement dans la fosse pelvienne. Les suites montrent qu'il persiste des foyers endopelviens, malgré toutes les injections de substances modificatrices.

Le 15 juin, on attaque ces lésions. L'amélioration est grande mais sans guérison complète. Des fistules persistent, mais ne donnant accès que dans des foyers peu spacieux, répondant exclusivement aux parties molles.

Le 5 février 1913, à l'aide de deux grandes incisions, on excise une large tranche des parties molles de part et d'autre de la cicatrice déprimée qu'avaient laissée les opérations antérieures en enlevant, sans les ouvrir, la plupart des foyers fongueux persistants.

On a pu faire une ablation satisfaisante ayant pu tout enlever sauf deux petits foyers fongueux contre la paroi vésicale qui furent grattés et brûlés au thermocautère.

La plaie fut réunie par première intention dans sa partie supérieure mais on la laissa ouverte dans sa partie inférieure.

Le 7 mars, on avive cette partie et on réunit complètement sans drainage.

Enfin, un peu plus tard, une dernière intervention pour exciser un petit foyer fistulisé dans la partie postérieure de la grande lèvre (1).

1. Le compte-rendu opératoire est, en partie, résumé.

OBSERVATION V

Fr... Maurice.

A l'âge de 4 ans, en avril 1917, début de la coxalgie. Plâtré dès le début des accidents dans le service du professeur Broca.

Août 1917. — Abscès sous l'arcade crurale dans la loge interne.

Février 1918. — Fistulisation de cet abcès.

Perdu de vue entre mars et octobre 1918.

Revient en bon état ; fistule fermée.

En juin 1921, marche avec un plâtre et présente un bon état général et local.

En novembre 1922, le malade a enlevé son plâtre et revient avec une cuisse fléchie à 60 degrés et une adduction de 15 degrés.

Abscès crural antéro-externe : prêt à fistuliser.

A la radiographie, lésions destructives étendues sur la tête et le col fémoral.

En décembre 1922, abcès fistulisé en dehors. De plus la fistule interne autrefois cicatrisée s'est ouverte de nouveau.

Mauvais état général.

En mars 1923, fistules persistantes mais sans albumine, sans gros foie.

Malade immobilisé et bien pansé.

Avril 1923. — Malgré le traitement les fistules donnent toujours un pus abondant et l'état général devient mauvais.

Octobre 1923. — Tendance à l'amélioration, pas d'albumine. Bon état général.

21 novembre 1923. — Nouvel abcès antéro-externe, ponctions répétées.

Lésions très étendues à la radiographie.

27 novembre 1923. — Dans le service du professeur Broca incision au niveau de l'abcès fistulisé en dernier lieu et nettoyage à la curette des lésions fémorales. En fait on enlève avec la curette la plus grande partie de cette tête et du col.

Avril 1924. — Abcès fessier. Ponctions.

Mai 1924. — Très grosse suppuration avec température entre 38 degrés et 39 degrés.

Albumine : 3 grammes.

Juin 1924. — Sous-anesthésie, nettoyage et drainage des fistules. Mauvais état général.

Décembre 1924. — Fistules persistantes, avec alternatives d'ouverture et de cicatrisation. Albumine persiste entre 2 et 4 grammes.

Avril 1925. — Très mauvais état général ; membre en gigot avec nombreuses fistules, suppuration mal odorante.

Dégénérescence amyloïde : foie volumineux.

Reins palpables des deux côtés ; grosse rate.

Albumine : entre 7 et 8 grammes. Teint cireux, légère ascite. Œdème des membres et des paupières.

Mars 1926. — Malgré l'immobilisation et des pansements fréquents parfaitement aseptiques : état général de plus en plus médiocre.

On décide l'ablation du membre.

9 septembre 1926. — Opération : M. Huc-Dumas.

Anesthésie au chlorure d'éthyle.

Résection de l'extrémité supérieure du fémur par une incision externe.

On laisse ouvert : mèches.

Durée : cinq minutes.

15 septembre 1926. — Opération : M. Huc-Garnier.

Anesthésie : chlorure d'éthyle.

L'incision externe est le début d'une raquette tracée de dedans en dehors.

Recherche immédiate et ligature des vaisseaux fémoraux.

Section des parties molles en circulaire.

Hémostase complémentaire : 4 ligatures.

Quelques crins sur la peau.

Suites opératoires. — Le malade, malgré les précautions prises, semble avoir été très shocké par l'intervention. On est forcé de mettre en œuvre pendant une huitaine de jours l'huile camphrée. Pas de sérum, ni salé, ni glucosé à cause de la dégénérescence amyloïde du foie et du rein.

Décembre 1926. — Le malade a mis un mois à se remonter. Quelques fistules persistent cependant.

L'état général est beaucoup meilleur.

L'aspect cireux est disparu ; l'albumine est tombée de 8 grammes à 0 gr. 50.

Les reins et le foie régressent, l'abdomen est moins volumineux ; il n'y a plus de circulation collatérale.

Actuellement (25 mai 1927) notre petit malade va incomparablement mieux.

Bon état général amélioré sensiblement, appétit revenu. Joues rosées, visage coloré.

Cependant le foie est encore gros, descend jusqu'à l'ombilic, mais il est dur ; l'adénopathie persiste.

Traces d'albumine : 0 gr. 50. On ne sent plus les reins.

Localement. — Des fistules au nombre de 4 s'ouvrent le long de la cicatrice d'incision, laissant échapper du pus jaune verdâtre en abondance moyenne. Une autre fistule existe un peu au-dessus de l'arcade crurale, à l'union du tiers supérieur et moyen, c'est-à-dire du tiers le plus rapproché de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Toute la surface de la peau couvrant le moignon est

saine et souple. A noter que l'épine iliaque antéro-supérieure est intacte aussi bien que l'ischion et toute la région ischiatique. La région pubienne n'est intacte que près de la symphyse. Toutefois il n'y a aucune fistule ouverte dans cette région.

Radiographie 5 avril 1927.

Cotyle considérablement agrandi. Néoformation périostique. Une lésion — séquestre — sur l'os iliaque faisant hernie à l'intérieur.

OBSERVATION VI

M. G., 7 ans, n° 1 de la salle Baffos, entre le 19 avril 1926 dans le service du professeur Ombrédanne.

Issu d'un père réformé pour tuberculose ; mère bien portante ainsi qu'un frère, l'enfant accuse des douleurs dans la cuisse et dans la jambe vers novembre 1921.

On l'apporte à la consultation en janvier 1922, le diagnostic posé à ce moment est coxalgie et on lui fait un plâtre.

Le 6 juin 1922, un abcès froid se forme dans le triangle de Scarpa et se fistulise. La fistule se met à suppurer.

Les parents emmènent l'enfant à Meulan ; cependant on ne l'immobilise pas et ses fistules ne reçoivent pas les soins nécessaires, notamment elles sont mal pansées.

C'est au mois de février 1926 que l'enfant est ramené à Paris par sa mère parce qu'on a remarqué que son ventre avait considérablement augmenté de volume.

L'examen fait à ce moment permet de constater que le malade est amaigri, présente des œdèmes de la face et des paupières ainsi que de chaque côté des membres et du scrotum.

Le membre inférieur gauche est fixé en flexion, ab-

duction et rotation externe, présentant une fistule suppurée à la partie supéro-externe de la cuisse. Membre en gigot, très atrophié, inutilisable du point de vue fonctionnel.

A l'examen de l'abdomen, on constate que le foie est énorme, la rate percutable sur plusieurs travers de doigt. Il existe une matité dans les flancs avec sonorité de la région ombilicale et circulation veineuse collatérale : *ascite*.

Les poumons et le cœur sont normaux. Par contre il existe une pleurésie gauche que la ponction révèle comme séro-fibrineuse, avec B. K. à l'examen direct.

Les urines sont albumineuses (75 cgr. Esbach), pas de cylindres.

Il existe en outre des vomissements et de la diarrhée.

Cet état n'a fait qu'empirer dans l'année malgré l'immobilisation, aussi on décide de l'opérer.

L'opération eut lieu le 5 avril 1927, faite par M. Huc-Giorgi.

Anesthésie : chlorure d'éthyle.

Réséction de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale par incision externe.

A la pince-gouge on enlève rapidement une grande partie du col et de la tête, mais incomplètement.

On laisse ouvert : mèches.

Durée : six minutes.

Suites opératoires. — Bonnes, faciles, en dehors de l'albumine qui a augmenté un peu : 1 gramme.

Etat général bon.

Tels sont les faits révélés par la clinique, mais aujourd'hui un examen ne peut s'appeler complet que s'il s'appuie sur la radiographie qui doit être faite dans tous

les cas et qui seule permet de « voir » le siège exact des lésions.

Radiographie. — Quand on étudie la radiographie des lésions qui nécessitent un traitement mutilant, on voit qu'elles présentent toutes des caractères communs.

I. *Au niveau du fémur.* — Lésions destructives considérables portant sur la tête et le col. La tête a presque totalement disparu et le col est le plus souvent réduit à un moignon en pain de sucre prenant un faible contact avec le bord supérieur d'un cotyle effilé. La densité de l'extrémité fémorale est augmentée mais portant quelquefois des cavités claires où l'on peut voir des débris de séquestres. Si ce n'était la lumière agrandie de la diaphyse fémorale sous-jacente, avec une diminution considérable de la couche compacte de cet os, et l'absence de réaction périostique, les lésions osseuses ressembleraient à celles de l'ostéomyélite plutôt qu'à celles de la tuberculose.

II. *Au niveau du cotyle.* — Ici l'aspect est encore plus typique. Le toit cotylien n'existe plus, la cavité est largement excavée par le haut. La surface cotylienne est considérablement étalée, mais dans l'ensemble l'os iliaque est épaissi ; le fond du cotyle vers le bassin paraît soulevé par la réaction périostique ; les insertions de l'iléon, du pubis et de l'ischion sur le cotyle sont augmentées de volume, comme noyées dans cette réaction périostique.

Ce qu'il y a de plus net et de plus constant, c'est la den-



Schéma d'une radiographie type,
pour montrer le siège habituel des lésions.

sité de l'os au niveau du cotyle avec des géodes claires contenant des séquestres. Ce sont sans aucun doute des lésions d'ostéo-myélite chronique, ce sont elles qui entretiennent la suppuration, ce sont elles qu'il faut enlever si on veut obtenir une guérison définitive du sujet.

CHAPITRE IV

TECHNIQUES.

Que doit viser la technique. — Ce qui importe ce n'est pas autant le tracé du lambeau qui est, comme on l'a vu, conditionné par l'état local, mais c'est la rapidité avec laquelle l'opération est conduite, la plus ou moins grande quantité de sang que perdent les malades, les coups plus ou moins nombreux et violents que supporte le bassin. La réduction au minimum de chacun d'eux est la condition nécessaire pour le succès opératoire. Il faut qu'elle soit en mesure d'éviter les gros vaisseaux de la région (obturbateurs, honteux, ischiatiques) sans perdre pour cela de sa souplesse ni de sa rapidité. Autrement dit, il faut qu'elle soit systématique.

Si les conditions précédentes assurent le succès immédiat, pour qu'il soit durable il faut que cette technique permette de découvrir et d'enlever les lésions en totalité. Nous avons déjà vu que sans cela tout était à recommencer. D'autre part vu l'intérêt primordial qu'il y a à réduire la durée de chaque intervention, une bonne technique doit d'emblée attaquer l'endroit où elle a le maximum de chance de trouver les lésions, en l'occurrence le cotyle et l'aile iliaque : les lésions n'étant que rarement publiennes ou ischiatiques. Elle

doit se limiter à la résection à la pince-gouge de la partie supérieure du cotyle ; c'est à ce niveau que se font les temps initiaux de l'intervention, quitte à aller plus loin si c'est nécessaire, mais seulement si c'est nécessaire.

Ces précautions pour la guérison radicale une fois prises, et la stabilité de cette guérison assurée, il faut penser un peu plus loin. Il faudra notamment procurer au malade le moyen de se déplacer, d'aller et venir, et de s'asseoir. Pour cela, l'opération doit laisser en place une partie de l'os ischion pour conserver un point d'appui dans la position assise au malade ; elle doit conserver le plus possible de la branche horizontale du pubis et de l'aile iliaque, points d'insertion des différents muscles abdominaux qui seuls pourront constituer un corset solide empêchant l'éventration et les hernies de se produire. Ces restes de la ceinture pelvienne osseuse constitueront une buttée solide sur laquelle s'appuiera l'appareillage permettant le déplacement du malade.

Différents procédés préconisés. — Nous allons énumérer différents procédés employés jusqu'à présent :

- 1^o Le grand lambeau postérieur de Jaboulay ;
- 2^o Les deux lambeaux latéraux de Bardenhauer ;
- 3^o Les deux lambeaux antérieur et postérieur de Girard ;
- 4^o La raquette de Salistcheff ;
- 5^o Le lambeau interne de Savariaud,

Tous ces procédés se trouvent décrits par Savariaud dans *la Revue de Chirurgie* (1902, p. 351). Nous ne nous y attarderons pas. Ils ne diffèrent guère que par la taille

du lambeau, ceci d'ailleurs est conditionné par l'état local. Voici ce que dit M. Yvert à ce propos : « Le choix du procédé, d'ailleurs, n'est pas laissé à la discrétion, à la préférence du chirurgien ; il est dicté uniquement par l'évolution clinique de l'affection qui nécessite la désarticulation et varie naturellement avec chaque cas particulier. » Tel est également l'avis de M. Morestin : « On ne peut guère opposer les uns aux autres car il est bien évident que ces divergences sont, dans une large mesure, expliquées par les conditions différentes où se présentaient les malades. »

M. Chutro publie également en 1918 (1) sa façon de faire. Voici comment il procède :

Premier temps. — Désarticulation de la hanche et de l'acétabulum.

Deuxième temps. — Résection des branches ilio-pubiennes, ischio-pubiennes et ischiôn.

Troisième temps. — Résection de l'aile iliaque.

Résection sous-périostée, hémostase préalable de la fémorale au-dessous de l'arcade, héliothérapie après chaque temps de l'opération.

Nous ne ferons que mentionner la technique de M. Babcock, qu'il décrit en 1918 (2), car il vise uniquement les tumeurs en insistant sur la nécessité d'enlever les vaisseaux et ganglions lymphatiques de la région, superficiels aussi bien que profonds.

Passons maintenant à la technique telle que l'a réglée M. Huc.

(1) *Bulletin et Mém. de la Société de Chir.*, Paris, p. 1110.

(2) *Surg. gyn. and. obst.*, 1918, p. 554.

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION DU COTYLE
PAR TROIS INTERVENTIONS SUCCESSIVES.

A. PREMIÈRE INTERVENTION. — Résection du fémur.

L'opération se fait sous anesthésie au chlorure d'éthyle donné progressivement.

I. *Incision* : verticale dans l'axe du fémur sur la saillie du trochanter.

Cette incision part de la crête iliaque car, dans les cas qui nous occupent, la tête fémorale étant plus ou moins détruite, le fémur est très remonté. En bas l'incision dépasse de trois travers de doigt le bord inférieur du trochanter. Peu profonde au-dessus du trochanter, c'est-à-dire dans la région fessière, elle atteint au contraire l'os d'emblée au niveau du trochanter et au-dessous de lui.

II. *Dénudation de l'os* : par le procédé actuellement classique des trois rugines décrit par M. Ombrédanne.

III. *Section du fémur* : au-dessous du grand trochanter. Eviter le ciseau et le maillet, se servir de la scie de Gigli ou de la scie électrique. Une pince gouge suffit quelquefois chez l'enfant.

IV. *Résection du fémur* : à la pince-gouge au-dessus du trait de scie. Après rugination on enlève tout ce qu'il est possible d'enlever de l'extrémité supérieure du fémur. Il faut au minimum réséquer cinq ou six centimètres d'os pour empêcher une régénération possible du fémur dans le foyer de résection.

Le facteur principal dans ce nettoyage fémoral est le temps : *toute l'intervention ne doit pas durer plus de quatre ou cinq minutes.*

V. *On laisse la plaie ouverte* : on comble l'espace mort de compresses pour éviter le suintement, car réellement il n'y a pas d'hémostase à faire.

Soins post-opératoires : on relève l'état général avec du sérum, de l'huile camphrée ; on aura soin de sortir rapidement le malade au soleil et au grand air. Si l'infection est minime on fait des pansements avec des mèches vaselinées pour éviter la douleur.

En cas d'infection la méthode de Dakin est indiquée.

Dès qu'il est possible, huit à dix jours après la première intervention, exécuter le second temps.

B. DEUXIÈME INTERVENTION. — Amputation du membre.

Anesthésie : chlorure d'éthyle comme précédemment.

I. — L'incision externe restée ouverte est la queue d'une raquette que l'on dessinera de dedans en dehors.

II. — Sur le tracé interne de la raquette, recherche et ligature des vaisseaux fémoraux avant toute section des parties.

III. — Section des parties molles qui se résume à la partie circulaire de la raquette ; ablation du membre.

IV. — Hémostase complémentaire.

V. — A la rugine et à la pince-gouge, nettoyage du foyer articulaire (fémur et cotyle) largement exposé.

VI. — Mèches vaselinées dans le foyer, rapprochement des parties molles du moignon, fermeture de la peau par quelques crins.

Les soins post-opératoires seront les mêmes que dans la première intervention, mais il faudra attendre cette fois quelques mois pour modifier l'état général, faire de nouvelles radiographies, et voir si cliniquement et anatomiquement la troisième intervention est nécessaire.

C. TROISIÈME INTERVENTION. — Résection du cotype.

(Malade couché sur le dos avec un coussin de sable épais sous la fesse opérée).

I. *Incision* : Partant un peu au-dessus de l'épine iliaque et descendant sur le moignon à trois travers de doigt au-dessous de l'épine du pubis (V. fig. 1).

II. *Dégagement de l'épine iliaque antéro-supérieure*. Détachement de cette épine par un coup de ciseau à sa base.

Ceci dans le but de mobiliser l'arcade crurale et toute la paroi abdominale sans l'inciser ni la détruire.

Relever l'arcade et la maintenir par un écarteur.

III. — Dénudation au bistouri et à la rugine du bord antérieur de l'ilion et du pourtour cotyloïdien (V. fig. 2).

IV. — A la rugine, et au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure, comme point de repère; dénudation des fosses iliaques externe et interne. Ceci jusqu'au fond de l'échancrure sciatique que l'on suit du doigt et

au niveau de laquelle on doit être prudent. De l'index, coiffé d'une compresse, on contourne le fond de cette échancrure (la dénudation des fosses est facilitée par les décollements dus aux abcès).

V. — A peu près dans l'axe du bord antérieur de l'ilion, recherche, au-dessous du cotyle, de l'implantation de l'ischion. Dénudation à la rugine et à la compresse de la base de l'ischion *en restant très près du cotyle*, surtout en arrière de l'ischion pour éviter les vaisseaux honteux (v. fig. 3).

Ne rien tenter au niveau de l'échancrure ischio-pubienne.

VI. — Perpendiculairement à l'axe ilio-ischiatique, recherche et dénudation du corps du pubis comme on l'a fait pour l'ischion (v. fig. 4).

VII. — Dans l'axe du pubis et formant une croix avec l'axe iléo-ischiatique, on dénude la base de l'épine sciatique. Cette épine fuit vers la profondeur à angle droit sur l'axe pubien. D'un coup de ciseau couché horizontalement, on détache l'épine à sa base et un écarteur la refoule dans la profondeur (v. fig. 5).

VIII. — Un écarteur de Farabeuf peut être facilement passé dans chaque branche dénudée de l'étoile ilion, pubis, ischion, pour protéger les parties molles et permettre la section à la scie électrique (v. fig. 6).

IX. — Avec un fort davier de Farabeuf, il n'y a plus qu'à mobiliser le cotyle de la main gauche, pendant que la main droite armée d'une rugine, détache les par-

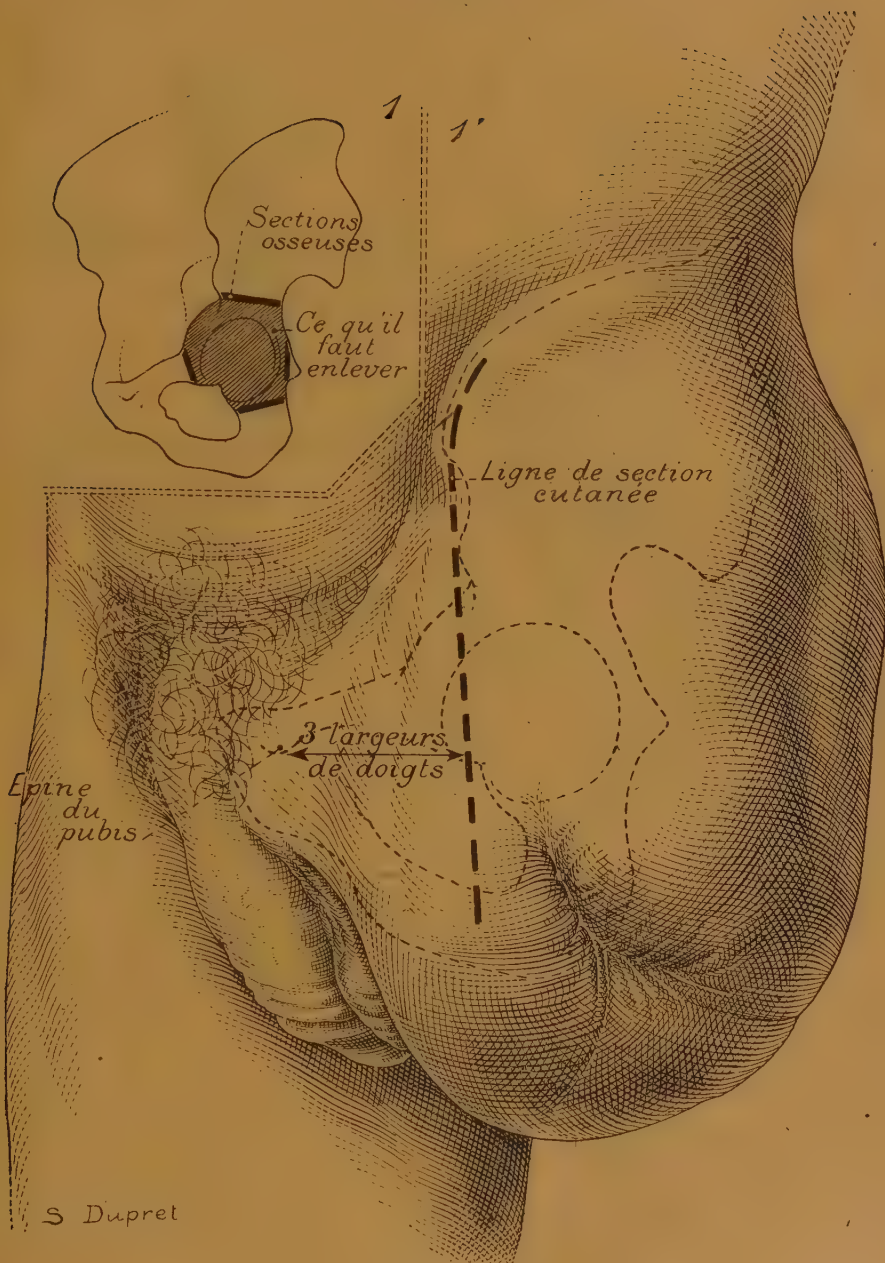


Fig. 1.

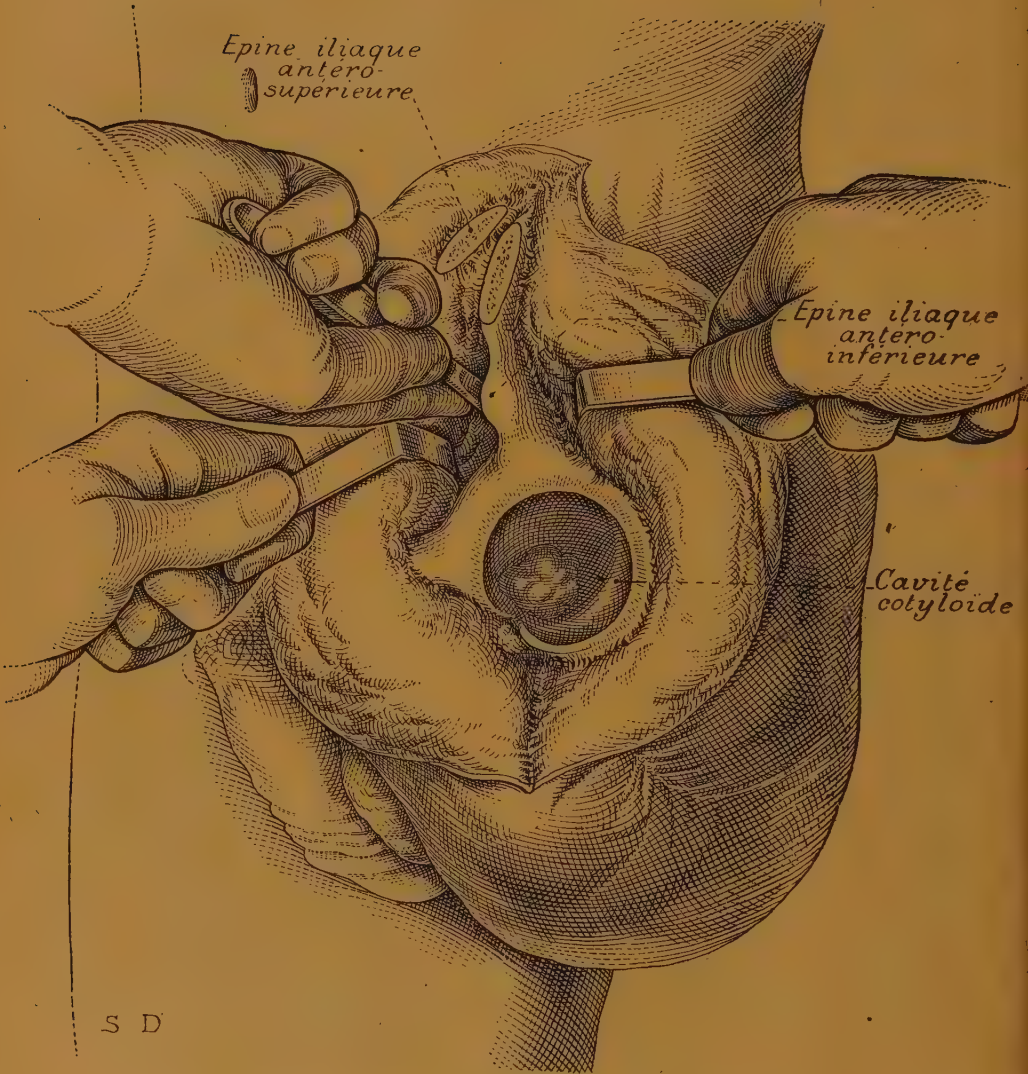


Fig. 2.

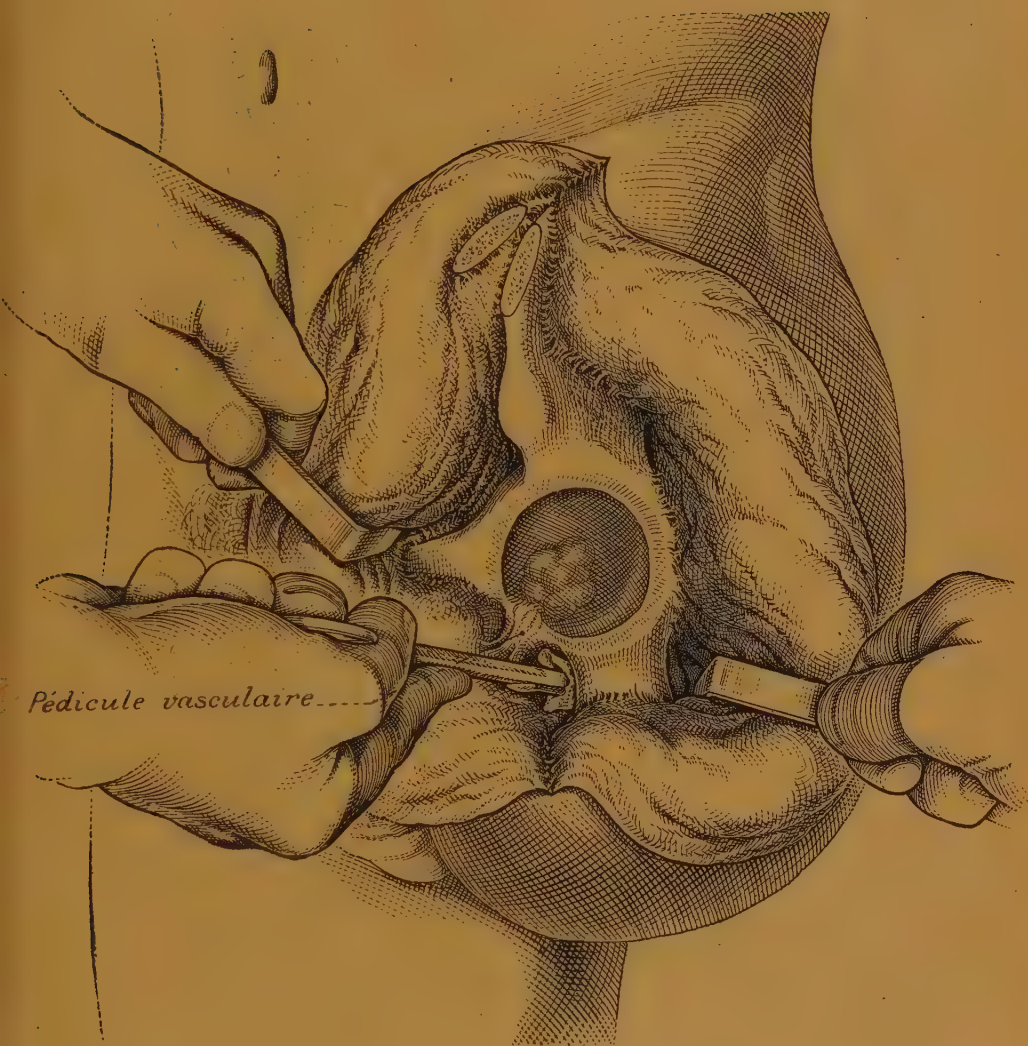


Fig. 3.

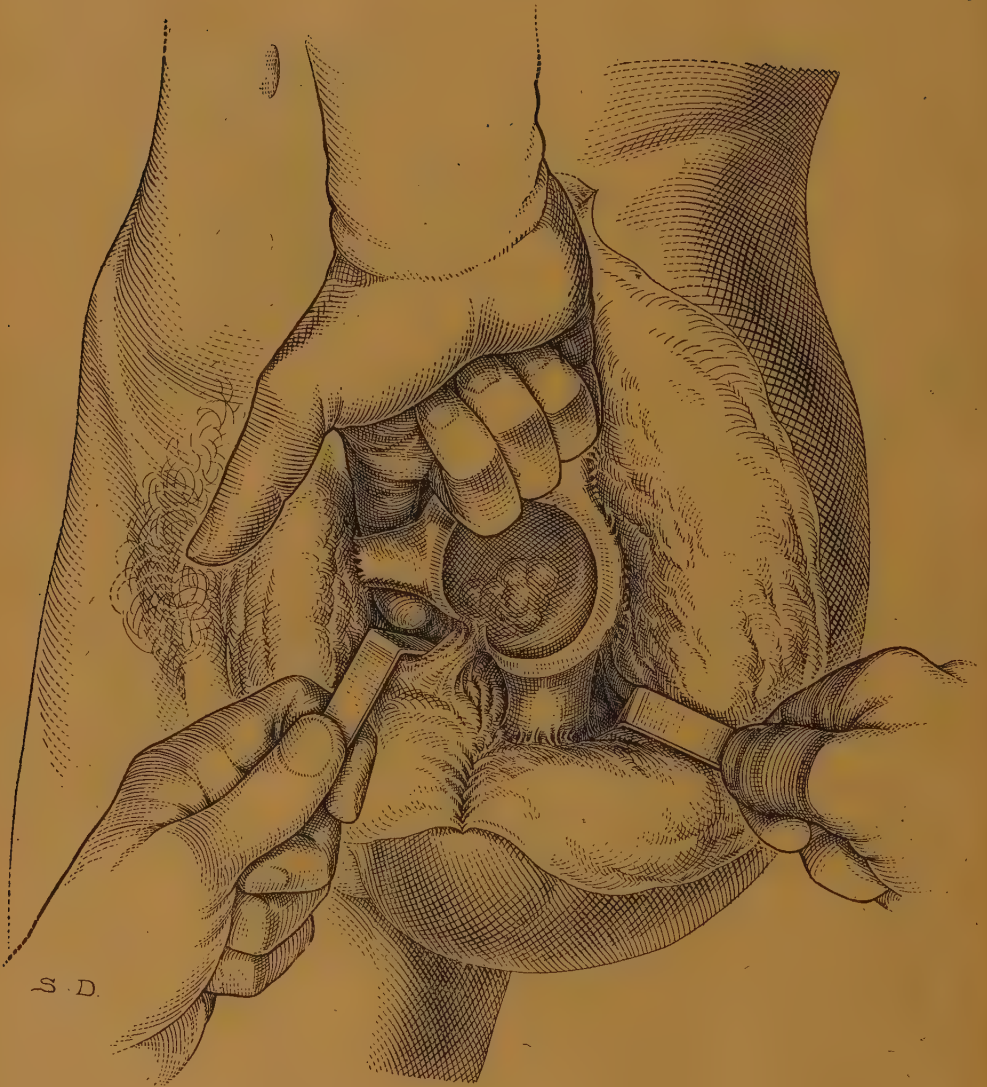


Fig. 4.

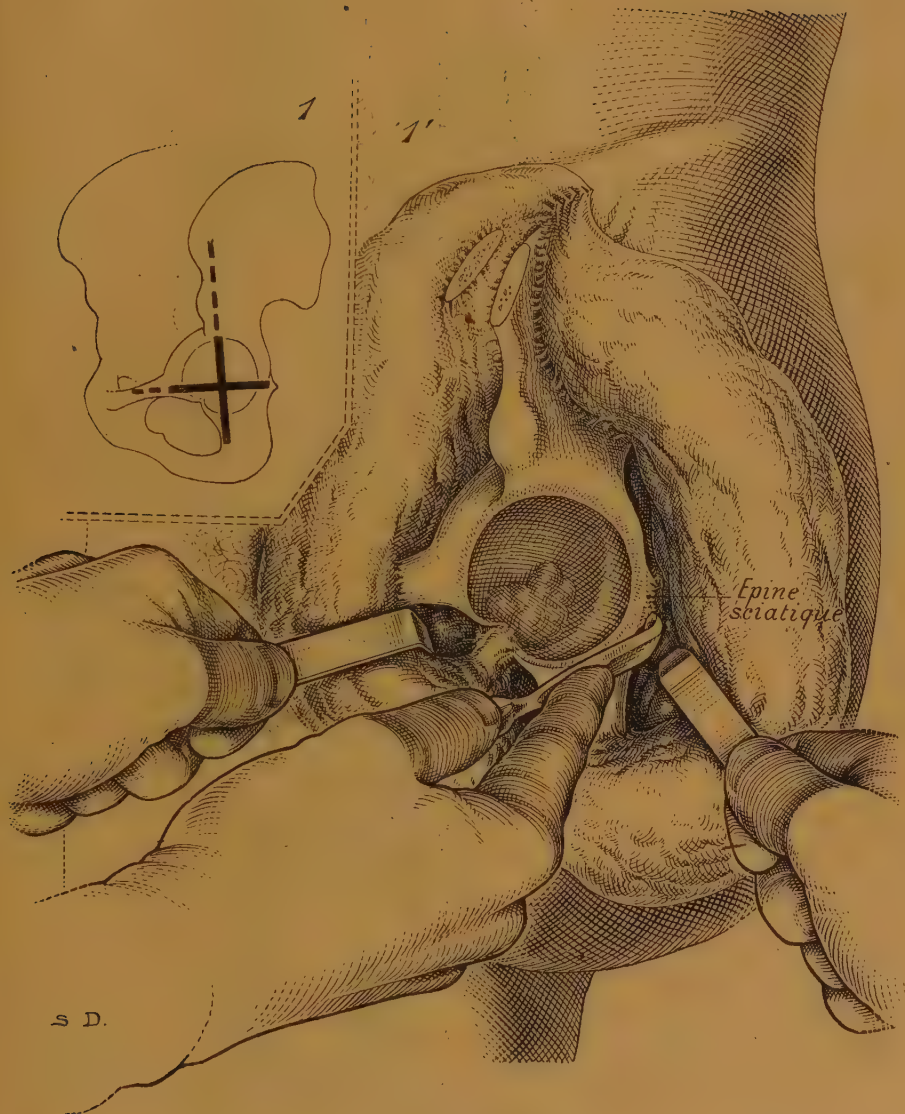


Fig. 5.

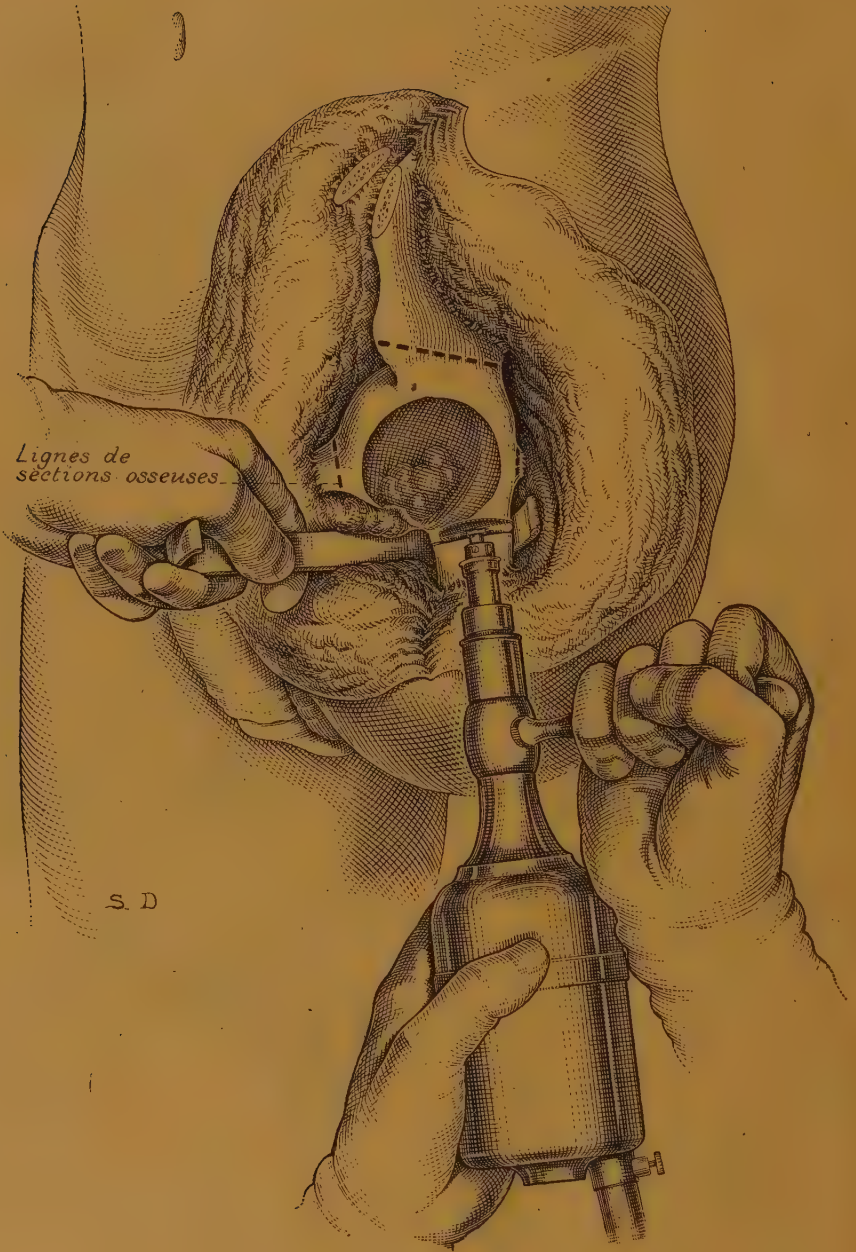


Fig. 6.

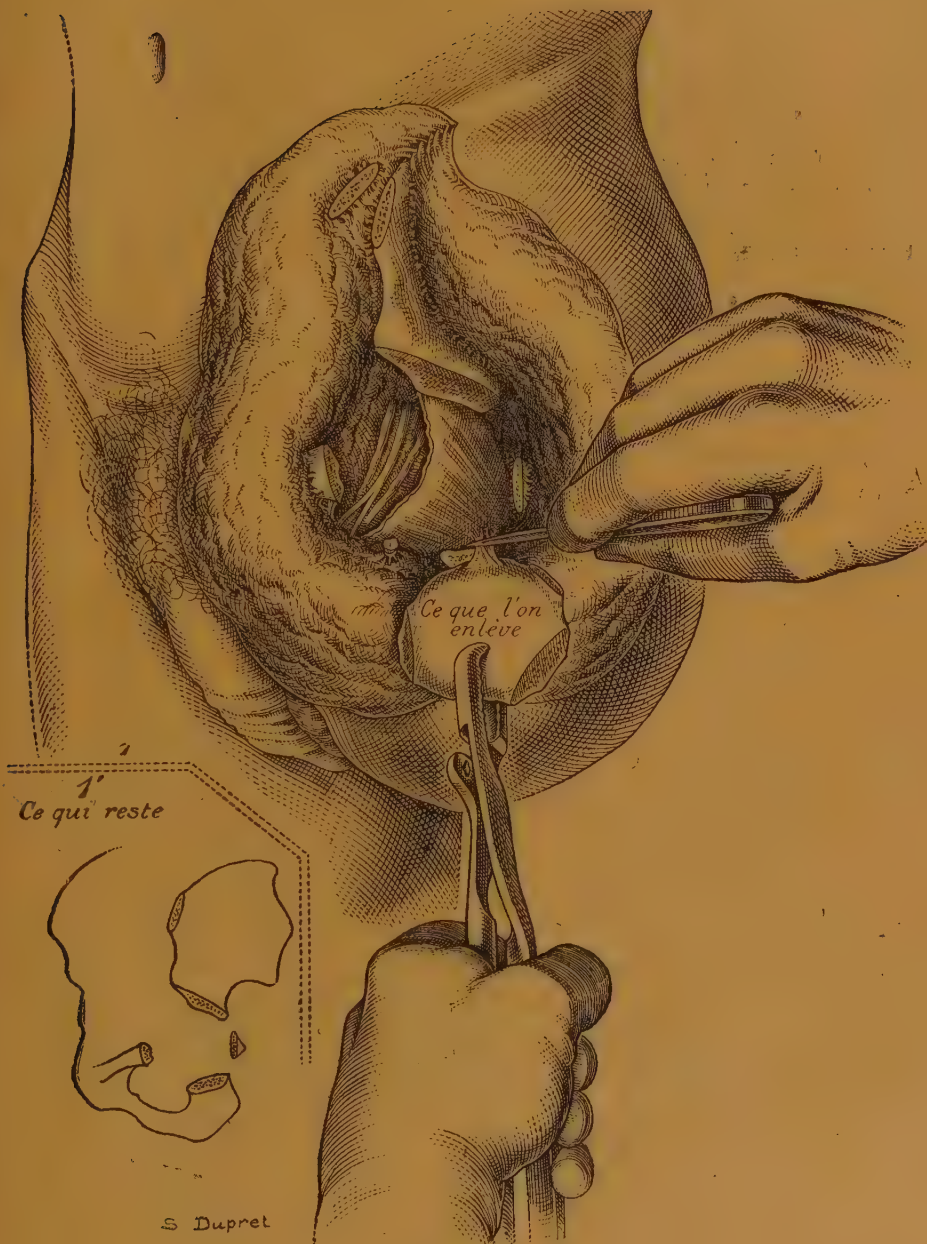


Fig. 7.

ties molles restantes au niveau du fond cotyloïdien (v. fig. 7).

Une pince mise sur les parties molles de l'échancrure ischiatique fait l'hémostase du hile vasculaire du cotyle que l'on sectionne.

X. Fermeture des parties molles et de la peau.

Cette technique permet d'éviter systématiquement l'hémorragie : les vaisseaux honteux et ischiatiques sont écartés *par la section de l'épine sciatique*, les vaisseaux obturateurs sont refoulés avec les parties molles dans le fond de la plaie opératoire (voir figures).

Nous avons mûrement réfléchi sur les différentes causes d'insuccès, nous avons établi une comparaison entre les différentes techniques, nous avons réuni les impressions des auteurs, et c'est de cette étude qu'est sortie notre conviction que l'opération telle que l'a réglée M. Huc méritait d'être mise à l'essai. Malheureusement à cause d'une complication survenue nous n'avons pas pu opérer notre malade et ainsi tout ce que nous disons reste forcément théorique, ne pouvant s'appuyer momentanément sur aucun fait pratique. Nous l'avons vue cependant exécutée sur un cadavre ; comme telle elle est forcément une opération idéale, mais toute opération qu'on décrit, qu'on schématise n'est-elle pas forcément idéale ? Pratiquement, on s'en rapproche le plus possible, mais la description idéale d'une opération n'est pas pour cela d'un intérêt moindre.

D'ailleurs la pratique jugera bientôt de sa valeur, car nos malades ne tarderont pas à être opérés et nous avons le ferme espoir qu'elle ne nous démentira pas.

OBSERVATION VII (1)

Gaston C..., âgé de 18 ans est entré le 12 février 1910 à l'Hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 18. Depuis l'âge de 2 ans il est atteint d'une coxalgie du côté gauche. Son existence presque entière s'est passée dans les hôpitaux tantôt à Paris, tantôt à Berck. On l'a traité de bien des façons, mais sans aucun bon résultat. On lui a fait notamment subir une sorte de résection atypique. Avant cette opération la lésion était déjà fistulisée ; elle est restée fistuleuse malgré tous les soins dont le malade a été entouré. Actuellement encore plusieurs orifices, les uns devant, les autres en arrière du grand trochanter continuent à donner du pus en abondance. Le membre malade est en flexion légère et en adduction très accusée. Il est beaucoup plus court que celui du côté droit, plus court de 20 centimètres. La cuisse et la jambe sont d'une extrême gracilité. Le pied est violacé, pendant ; tous les orteils sont atteints d'engelures. Il existe une ensellure lombaire considérable. Le fémur est rivé au bassin. L'état général est très médiocre, le sujet chétif et rabougri, et il n'y a pas à s'en étonner après tant d'années de suppuration.

Le cas était évidemment incurable par les moyens conservateurs et le membre malade à jamais inutile. La seule manière de soustraire ce pauvre garçon à une fin misérable après une vie complètement nulle et oisive, était de le débarrasser d'une manière radicale de son foyer suppurant.

Pour y arriver le sacrifice du membre me parut une condition nécessaire quoique rigoureuse.

Le 21 février, je pratique la désarticulation de la

(1) Morestin, Société anatomique, 1913, p. 508.

hanche, en traçant une sorte de raquette à queue externe, remontant en haut et en arrière jusqu'au voisinage de la crête iliaque. Cette raquette descendait un peu plus en arrière qu'en avant. L'incision passait en dedans très près du sillon périnéo-crural. Les vaisseaux fémoraux furent découverts dans la plaie et coupés entre deux pinces. La séparation du fémur d'avec le bassin s'effectua sans difficulté.

L'extrémité supérieure du fémur était très modifiée, la tête était détruite, l'os se terminait par une masse élargie, aplatie, irrégulière, entourée de pus et de fongosités. Un abcès parti du foyer articulaire s'enfonçait à la racine de la cuisse au centre des masses musculaires. Le cotyle déformé et à demi effacé était occupé par des fongosités. Le cotyle fut réséqué à la pince-gouge et tous les foyers fongueux extirpés aussi complètement que possible. Enfin je rapprochai les deux lambeaux antérieur et postérieur qui résultaient du tracé de la raquette, et je plaçai un drain en arrière du point déclive, par un orifice percé à cet effet à travers le grand fessier.

L'opération avait duré vingt minutes, sutures comprises. Elle avait été bien supportée. Le malade avait été pâle par moment, mais sans nous donner d'inquiétudes sérieuses.

Les suites furent très bonnes. Le 19 mars, la cicatrisation était complète et l'opéré pouvait être délivré de tout pansement.

OBSERVATION VIII (1)

Marcel V..., âgé de 15 ans, est apporté à l'Hôpital Bichat le 4 décembre 1913. Ce garçon ne peut nous don-

(1) Morestin, Société anatomique, 1913, p. 508.

ner lui-même aucun renseignement, car il est idiot. Il est indifférent à tout, ne comprend rien et prononce à peine quelques paroles. Nous avons pu avec beaucoup de peine obtenir quelques détails de ses parents au sujet de ses antécédents. L'enfant a une coxalgie du côté droit, coxalgie qui aurait débuté vers l'âge de 5 ou 6 ans. Pour cette coxalgie qui fut sûrement très grave, il fit un très long séjour à Berck. Après l'application d'appareils pendant un certain temps, il fut opéré. Il semble qu'on lui ait fait subir plus que des grattages d'abcès, que l'on ait pratiqué soit une résection de la hanche, soit plus vraisemblablement, quelque résection atypique. Quoi qu'il en soit, au bout de plusieurs années, la cicatrisation fut obtenue et l'enfant fut considéré comme guéri et renvoyé à Paris. Mais il n'a jamais pu se servir du membre inférieur droit et a toujours marché avec des béquilles. Plus récemment est survenu un accident, qui a entraîné chez ce sujet la fracture du fémur du côté malade. Nous ignorons totalement comment est survenu cet accident dont notre pauvre idiot était le seul témoin. Nous ne savons donc pas s'il s'agit d'une chute, d'un choc, d'un mouvement anormal, ni même la date de cette fracture.

Au moment de son entrée voici quel est l'état du sujet. Il y a une énorme différence de longueur entre les deux membres inférieurs : une différence d'environ 15 centimètres. La jambe droite est allongée, le pied est en légère rotation en dehors. Mais cette rotation externe est la conséquence de la solution de continuité du fémur. La partie supérieure de la cuisse présente la direction habituelle aux difformités coxalgiques. Elle est en rotation interne et en forte adduction. Une cicatrice très large, très longue, et aussi très profonde se montre à la partie externe de la hanche et de

la racine de la cuisse : c'est la trace de l'intervention qui a été pratiquée.

On constate très aisément une mobilité anormale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du fémur : il n'y a donc pas de doute sur l'existence d'une fracture. Cette mobilité est considérable. Mais chose curieuse le malade ne semble pas souffrir quand on la recherche ; en tous cas cette exploration est très peu douloureuse. On n'aperçoit pas d'ecchymose ni de trace extérieure du traumatisme. La partie supérieure du fémur est complètement soudée au bassin, il n'y a ni abcès ni fistule ; la lésion tuberculeuse semble éteinte ou tout au moins endormie.

L'état général est assez bon : on ne trouve ailleurs aucune lésion bacillaire.

Que faire en pareil cas ? Voici un membre qui n'a jamais cessé d'être impotent depuis la maladie dont la hanche était le théâtre.

Après bien des années, la guérison est obtenue ou du moins elle paraît être obtenue. Mais à supposer qu'il n'y ait jamais de retour offensif, il est bien clair que le sujet ne se servira jamais de son membre. Actuellement nous sommes en présence d'une fracture. Peut-elle se consolider ? la consolidation obtenue, le bénéfice serait strictement nul pour le sujet : le membre n'en serait pas moins impotent.

On comprend la difficulté et l'inutilité d'un traitement conservateur dans un cas de ce genre. Il me semblait qu'il y avait là une indication de débarrasser le sujet de ce membre infirme et difforme.

L'opération eut lieu le 15 décembre. Le procédé suivi fut la raquette externe ; on la complète en supprimant à la pince-gouge quelques accumulations ostéophytiques qui hérissaient le contour cotyloïdien, en grande partie détruit d'ailleurs. Fermeture de la

plaie, sans drainage. Au moment de la séparation du fémur d'avec le bassin, l'enfant devient extrêmement pâle, la respiration parut vouloir s'arrêter quelques instants et devint irrégulière. Quant au pouls pendant plusieurs minutes il reste imperceptible.

OBSERVATION IX (1)

Ce garçon, A. P..., est entré le 10 décembre 1902 à l'Hôpital Saint-Louis, isolement n° 2. Il est chétif, très pâle, apathique, et d'intelligence paresseuse, d'ailleurs issu de parents alcooliques. Il n'est pas tuberculeux pulmonaire ; il ne présente aucune lésion bacillaire en dehors de celle de la hanche gauche ; il n'a jamais eu d'autres maladies que sa coxalgie. Celle-ci a débuté dans la seconde enfance, mais il n'en peut préciser le moment. Des abcès se sont produits, et n'ont sans doute pu être soignés en temps opportun car ils ont donné lieu à des fistules.

Vers 1894, on a pratiqué la résection de la hanche malade. Une magistrale cicatrice de 15 centimètres traversant la fesse et la partie supérieure de la cuisse obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, indique que l'opérateur a utilisé le procédé de Langenbeck et n'a pas hésité à se donner du jour. Cette intervention a été suivie d'une guérison temporaire.

Mais bientôt sont survenus de nouveaux abcès auxquels ont succédé d'autres fistules. Le pauvre garçon traîne ainsi depuis des années. C'est maintenant une sorte de difforme ne quittant pour ainsi dire plus le lit.

Quand il se lève, c'est appuyé sur des béquilles. Il ne peut se déplacer qu'avec beaucoup de peine et s'ar-

(1) Morestin, Société anatomique de 1903, p. 252.

range de manière à ne jamais poser le pied gauche par terre.

Tout le membre inférieur gauche est atrophié : la cuisse, la jambe, le pied sont plus courts que les segments correspondants du côté sain. La partie supérieure du fémur est déplacée en haut et en arrière vers la fosse iliaque externe. Le raccourcissement est de 11 centimètres. Il existe un léger degré de genu varum, par inflexion au niveau de la partie supérieure du tibia, cette déviation étant combinée à un léger degré de genu recurvatum. A la hauteur de l'interligne en dedans et en dehors des cicatrices arrondies et lisses résultant d'anciennes applications de cautères.

Au niveau de la hanche on note tout d'abord la longue cicatrice opératoire déjà mentionnée, puis des cicatrices déprimées qui sont les vestiges de fistules tarries, enfin cinq fistules s'ouvrant au fond d'entonnoirs cicatriciels plus ou moins accentués.

Le stylet s'engage dans ces fistules jusqu'à une profondeur de 7 à 8 centimètres sans rencontrer d'os dénudé, bien que leur origine osseuse ne soit que trop probable. Elles donnent issue à une abondante quantité de pus.

La palpation montre que la partie supérieure du fémur (on ne peut savoir ce qui a été retranché lors de la résection) remonte au-dessus de la ligne de Nélaton. Il est impossible de reconnaître le grand trochanter dans cette saillie osseuse. Elle est douloureuse à la pression. Il existe encore une obscure mobilité entre le fémur et l'os iliaque, mais ces déplacements d'un os sur l'autre sont insignifiants. Le fémur est en flexion et adduction et il y a une ensellure considérable quand le membre est allongé.

Quand on place celui-ci de façon à ce que l'ensellure disparaisse on voit qu'il est presque à angle droit sur

le bassin. La recherche des mouvements est fort douloureuse.

L'opération eut lieu le 29 décembre 1902, l'anesthésie étant produite par le mélange de chloroforme et d'oxygène à l'aide de l'appareil de Roth-Draeger. Elle fut plus simple que je n'espérais car il n'y eut pas à toucher au bassin.

Désarticulation de la hanche par une raquette à queue externe sans ligature préliminaire. Aucune trace de lésion osseuse pelvienne. Mais plusieurs abcès occupent l'épaisseur des parties molles de la racine de la cuisse. Réunion de la plaie en laissant deux drains. La perte de sang avait été très minime et la durée totale de l'intervention de vingt-cinq minutes. Les suites de l'opération furent très simples et très heureuses. L'opéré était complètement guéri dans les premiers jours de février et put nous quitter le 8, enchanté de ne plus avoir à porter sa « mauvaise jambe » (1).

OBSERVATION X (2)

A. S..., âgée de 46 ans, de Geilenbach bei Beirscheid, entre le 13 janvier 1897 dans le service de chirurgie du Bürgerhospital de Cologne.

La malade à l'âge de 1 an commence à souffrir des hanches. C'est à l'âge de 4 ans qu'elle commence à marcher ; elle marche avec des béquilles. La jambe droite est plus courte que la jambe gauche ; la tête fémorale n'est pas dans le cotyle. La malade marche en boitant.

A 10 ans, ouverture d'une fistule sur la face posté-

(1) Le compte rendu opératoire est résumé.

(2) *Bardenhauer : Centralblatt f. Chir.*, 1897, p. 185.

rieure et supérieure de la cuisse. La durée de la suppuration est inconnue. Elle boite de plus en plus.

Tous les deux ans apparition d'une tuméfaction sur la partie supérieure de la cuisse droite, cette tuméfaction se fistulise mais la malade la considère comme des nodosités de goutte.

En septembre 1896 s'ouvre un nouvel abcès ; depuis elle garde le lit. Enfin, au début de cette année (janvier 1897), un abcès s'est ouvert au-dessus de l'arcade crurale.

A part sa coxalgie, la malade n'a jamais été souffrante, notamment, elle n'a jamais toussé.

Actuellement, état général relativement bon, les poumons sont normaux. Le foie dépasse le rebord costal d'un travers de doigt. La rate n'est pas palpable. Les urines sont très albumineuses. Au-dessus et à droite du ligament de Poupart s'ouvre une fistule oblique, longue de 5 centimètres et large de 2 centimètres, contenant des granulations sales et une sécrétion purulente.

Sur la face postérieure du fémur et à l'union du tiers supérieur et moyen se trouve une cicatrice blanche, luisante et rétractée. Sur la face interne et au tiers supérieur de la cuisse s'ouvre une fistule ronde et fortement sécrétante conduisant à travers le ligament de Poupart dans la fosse iliaque qui est fortement bombée et présente de la fluctuation profonde.

La jambe droite est plus courte de 12 centimètres. La marche très boiteuse à l'aide d'une canne ; pied en équerre. L'épine antéro-supérieure droite est très penchée ; scoliose de la colonne vertébrale. La cuisse est fixée à la hanche en flexion et adduction. La tête, immobile, est à 5 centimètres au-dessus de Roser-Nélaton.

Diagnostic. — Tuberculose de l'articulation coxale avec formation de fistules et déplacement de la tête.

Carie du bassin, ouverture d'un abcès dans la fosse iliaque. Atrophie et trouble de la croissance des os. Dégénérescence amyloïde des reins et peut-être du foie. Opérée le 15 janvier 1897.

Anesthésie au chloroforme.

Incision. — On décolle le péritoine du psoas-iliaque sans l'endommager, décollement pénible à cause des adhérences. La découverte de l'articulation est laborieuse à cause de la flexion. L'artère iliaque externe et les vaisseaux hypogastriques sont sectionnés entre deux ligatures.

La désarticulation se fait sans hémorragie importante.

On isole la branche horizontale du trou obturateur qu'on coupe à la scie de Gigli tout près de la symphyse ; de même la branche descendante de l'ischion. On isole le muscle psoas de l'os et de l'abcès sous-jacent, les muscles de la crête iliaque sont coupés ; l'os iliaque avec les parties de la branche descendante du pubis et de la branche descendante de l'ischion est luxé de son articulation avec le sacrum. La branche montante de l'ischion paraît encore être porteur de lésions tuberculeuses : on la résèque après.

Hémostase ; suture profonde des muscles, de la peau ; drainage ; durée totale de l'opération : soixante minutes. Pouls bon ; suites bonnes. L'albumine disparaît des urines cinq jours après.

OBSERVATION XI (1)

E. G..., âgé de 15 ans, a été atteint, trois ans avant son entrée dans mon service, de tuberculose du genou

(1) Girard, 1898, Congrès des chirurgiens français, p. 586.

gauche pour laquelle il fut réséqué avec succès par un autre chirurgien.

Quelque temps après débutent des symptômes d'une tuberculose coxo-fémorale du même côté ; résection de la hanche par le même chirurgien. La plaie ne se cicatrise pas malgré des curettages ultérieurs. Le malade maigrit ; suppuration profuse. Un an après la résection de l'articulation de la hanche il se fait recevoir dans mon service.

A l'entrée je constate une carie étendue du bassin avec perforation de la cavité cotyloïde. La plaie est largement béante et sécrète abondamment une sanie fétide. Dans toute sa longueur la jambe malade est très fortement oedématiée, pour ainsi dire éléphantiasique. Fièvre hectique, albuminurie, cachexie profonde.

Opération le 16 novembre 1895, par le même procédé que dans mon premier cas ; anesthésie à l'éther, mort par choc, cinquante minutes après l'achèvement de l'opération, malgré des injections de sérum artificiel.

La perte de sang avait été peu considérable et l'autopsie démontra avec certitude que la mort n'était pas due à une anémie aiguë.

OBSERVATION XII (1)

Vital N..., 25 ans, ouvrier de fabrique, entre le 24 mai 1898. Aucun antécédent héréditaire. Il fait remonter à trois ans le début de sa maladie : une entérite provoquant jusqu'à 10 selles par jour et ayant déterminé un amaigrissement. Puis apparaissent des symptômes de

(1) Gallet, *Journal de chirurgie Belge*, p. 569, 1901.

coxalgie à droite. Formation d'abcès qui s'ouvrent spontanément ou qu'on incise; persistance de nombreuses fistules; atrophie considérable du membre. Tuberculose testiculaire à droite. L'état général est très mauvais au moment où on pratique la résection de la hanche. On constate au cours de l'opération que, outre la carie complète de la tête du fémur, il existe la carie de tout l'acétabulum. Amélioration à la suite de cette intervention; mais bientôt une suppuration abondante réapparaît; le malade souffre beaucoup et s'amaigrit, il réclame une nouvelle intervention qui le débarrasse de son membre malade. Malgré les symptômes que nous avons décelés du côté de la poitrine qui étaient loin cependant de nous permettre de croire à des lésions aussi étendues que nous le révéla l'autopsie, nous nous décidons à pratiquer la désarticulation inter-iléo-abdominale le 10 janvier 1900. Nous trouvons l'os carié en plusieurs endroits; néanmoins l'opération se fait dans de bonnes conditions.

Le malade revient à lui rapidement après l'opération. Il prend du champagne. On lui pratique une injection de 1.000 grammes de sérum artificiel. Il meurt six heures après l'opération.

OBSERVATION XIII (1)

Une fillette de 2 ans souffre depuis un an de coxalgie. Elle présente une luxation iliaque; un grand raccourcissement. Toute la hanche est inflammée. Des fistules, en arrière et en bas, conduisent sur le grand trochanter et sur le pubis.

(1) Christel (Metz), publiée par Dreist, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1904, t. 71, p. 34 (app).

La guérison n'apparaît comme possible qu'au prix d'une intervention de grande envergure.

Désarticulation inter-iléo-abdominale le 15 juillet 1903.

Tableau des inter-iléo-abdominales faites jusqu'à ce jour (1) :

19. Christel (in Dreist.)	1903	pour tumeur, suite inc.	1 cas
1. Billrooth (2)	1889	pour tumeur, mort,	1 —
2. Jaboulay	1894	— — —	1 —
—	1895	— — —	2 —
3. Cacciopoli	1894	— — —	1 —
4. Gayet	1895	— — —	1 —
5. Girard	1895	coxalgie, —	1 —
—	1898	tumeur, guérison,	1 —
6. Bardenhauer	1897	coxalgie, —	1 —
7. Kocher	1898	tumeur, mort	1 —
—	1904	— — —	1 —
8. Freemann	1898	— — suite inc.	1 —
9. J. L. Faure	1899	— — mort	1 —
10. Nanu	1900	— — —	1 —
11. Salistscheff	1900	— — suite inc.	1 —
12. Kordjan	1900	— — mort,	1 —
13. Savariaud	1901	— — —	1 —
14. Gallet	1901	coxalgie, —	1 —
—	1901	tumeur, —	1 —
15. Orlov	1901	— — —	1 —
16. Morestin	1902	— — —	1 —
—	1908	coxalgie, guérison,	1 —
17. de Ruyter Meyer	1902	tumeur, mort,	1 —
18. Keen du Kosta	1903	— — —	1 —
19. Christel (in Dreist.)	1903	coxalgie, suite inc.	1 —
20. Bier	1909	tumeur, —	1 —
21. Pagenschtecher	1909	— — —	1 —

(1) Pour les observations jusqu'à 1910, des inter-iléo-abdom. faites pour tumeur, consulter : Kulenkampf, *Beitrag z. Klin. Chir.*, 1910, t. 68, p. 791.

Après 1910, notre bibliographie suivant l'auteur.

(2) Ce cas n'a pas été publié par l'auteur, mais par Jaboulay.

22. Schmieden(in Loeffler)	1918	pour tumeur,	guérison,	1 cas
23. Yvert	1918	— —	mort,	1 —
24. Chutro	1918	—	coxalgie,guérison	2 —
35. Babcock	1918	—	tumeur, mort,	1 —
—	1918	— —	guér.temp.	2 —
			mort par	
			métastase.	
26. Chaldemose	1925	— —	guérison,	1 —

CONCLUSIONS

Nous avons essayé de démontrer dans notre thèse que, dans les coxalgies graves à fistules persistantes :

I. — Le sacrifice du membre est nécessaire en raison de l'état général de ces malades, qui est fonction lui-même de la dégénérescence amyloïde, conditionnée et entretenue par l'infection secondaire dont la porte d'entrée se trouve au niveau même des fistules.

II. — La résection n'est qu'une opération de drainage, insuffisante pour supprimer, dans certains cas, toutes les lésions, mais toujours nécessaire à pratiquer comme un premier temps pour les interventions ultérieures (désarticulation, inter-iléo-abdominale), permettant d'augmenter la force de résistance des malades, en relevant momentanément l'état général entre les temps opératoires.

III. — La désarticulation trouve son indication dans les cas graves multifistulisés dans lesquels tous les efforts conservateurs ont échoué et dans lesquels la vie du malade est menacée. Elle devrait être exécutée avant la déchéance complète de l'état général, mais elle n'est curative que si les lésions siègent sur le cotyle ou sur

son pourtour immédiat, mais en surface et non pas en profondeur.

IV. — Les manœuvres de force sur l'os iliaque sont les grandes causes de syncope et de mort opératoire. L'hémorragie n'est qu'une cause secondaire.

V. — Il est nécessaire de s'attaquer souvent à l'os iliaque lui-même, car il est le siège des lésions tuberculeuses (dans 50 % des cas) et d'ostéomyélite chronique, chaque fois qu'il y a fistule persistante.

VI. — L'inter-iléo-abdominale pratiquée en une seule fois était une opération fréquemment mortelle car elle se faisait sur des sujets affaiblis.

Elle doit être faite en plusieurs temps, mais exécutée suivant une technique parfaitement réglée avec le minimum de durée pour chaque temps et le minimum d'hémorragie possible.

La technique que nous proposons paraît réaliser ces conditions.

Vu : le Président de la thèse,
OMBREDANNE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANHAUSEN. — Zur Technik der Exarticulatio inter-iléo-abdominalis. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1910, t. 91, p. 538.
- BABCOCK. — Interileo. abd. amput. A description of a new method. *Surg. gyn. and obst.*, 1918, p. 554.
- BARDENHAUER. — Exarticulatio des Oberschenkels mit der zugehörigen Beckenhälfte. *Centralblatt f. chir.*, 1897, n° 7, p. 185 ; *Verhandlung. d. deutsch. Ges. f. Chir.*, 1897, p. 130.
- BIER. — Zur Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. — *Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1909, t. I, p. 45.
- BROOKS (B.). — Exarticulation of the Hip-Joint. *J. Am. m. Ass. Chicago*, 1921, t. 76, p. 94.
- CACCIOPOLI. — *Riforma medica*, juin 1894 ; ou *Centrbl. f. chir.*, 1894, p. 988.
- CHUTRO (P.). — A propos de la désarticulation int. il. ab. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Paris*, 1918, p. 1110.
- CROISIER. — L'ostéosarcome de l'os il. Thèse de Paris, 1900. 1901.
- DERVEAUX. — Ostéomyélite de l'os iliaque gauche. Vaste résection *in extremis* de cet os et de la partie sup. du fémur en deux temps. Guérison. *Soc. de Chir. Paris*, juillet 1914.
- DE RUYTER-MAYER. — Ein Beitrag zur Exarticulatio inter. il. ab. Thèse Leipzig, 1902.
- DOCHE. — Pronostic et traitement de la coxalgie fistuleuse. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1910, t. 40, n° 35.
- DREIST. — Ueber Lig. und Kompression der Art. il. com. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1904, t. 71, p. 5, app. p. 34.
- GANGOLPHE. — Arthrites tuberculeuses en particulier, collection Ledentu-Delbet, n° VIII.

- GALLET. — Deux cas de désarticulation int. il. ab. *Journ. de chir. Belge*, 1901, p. 569.
- GIRAUDET. — Etudes sur les lésions du cotyle de l'os il. au cours de la coxalgie. Thèse de Paris, 1903.
- GIRARD. — Désarticulation de l'os il. pour sarcome. Congrès français de chir., 1895, p. 823.
- De la désarticulation inter. il. ab. Congrès français de Chir., 1898, p. 585..
- GAYET. — Un nouveau cas de désart. int.-il.-ab. *Province méd. Lyon*, 1895, t. 9, p. 397.
- HENOT. — Mémoire sur la désarticulation coxo-fém. à l'occasion d'une opération de ce genre.
- JABOULAY. — La désarticulation inter-iléo-abd. *Lyon médi.* 1894, t. 75, p. 507.
- KOCHER. — *Chir. Operationslehre*, 1907, p. 532.
- KULENKAMPF. — Ue. Resection einer Beckenhälfte und exarticulatio int.-i.-ab. *Beitrage. Z. Klin. Chir.*, 1910, t. 68, fasc. 3, p. 768.
- KRYNSKY. — *Centralblatt f. chir.*, 1910, p. 1132.
- KRAMER. — Résectionen am knöchernen Beckenring. Congrès des chir. allemands, 1895.
- LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose.
- LEFORT. — Désarticulation coxo-fémorale. *Bull. de l'Acad. de Méd. Paris*, 1878, p. 139.
- LOEFFLER. — Ue. exarticulatio inter.-il.-ab. *Münch. Med. Wochenschrift*, 1919, t. 46, p. 824.
- *Zeitschrift. f. orth. chir. Stuttg.*, 1919-1920, t. 39, p. 305.
- MÉNARD. — Traitement de la suppuration fistuleuse tardive dans la coxalgie. Congrès de Chir., 1908, p. 870.
- Coxalgie tuberculeuse.
- MORESTIN. — Coxalgie multifistuleuse datant de l'enfance chez un adulte. Désarticulation de la hanche et résection du cotyle. *Bull. et mém. Soc. d'Anat. Paris*, 1900, p. 549.
- Désart. inter.-il.-abd. et amp. intra-iliaque. *Arch. gén. de Méd.*, 1903, p. 1665.
- Désart. de la hanche pour coxalgie ancienne multifistuleuse. Soc. Anatomique Paris, 1903, p. 252.
- Désart. de la hanche avec résection du cotyle. Soc. anat. Paris, 1913, t. 88, p. 508.
- Coxalgie attardée multifistuleuse. *Gaz. méd. Paris*, 1914, t. 75, p. 32.

NANU. — De l'opération inter-iléo-abdominale. *Centrbl. f. chir.*, 1900, p. 1305.

NOVÉ-JOSSERAND. — Indications opératoires de la coxalgie chez l'enfant. *Paris médical*, 1912, p. 29.

OLLIER. — Traité des résections, vol. III, p. 14.

PAGENSCHTECHER. — Ue. exart. inter. il. ab. in Bluthleere nach Momburg. *Arch. f. Klin. chir.*, 1909, t. 90, p. 160 ; *Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir.*, 1909, p. 356.

PLANTARD. — Un cas de désarticulation inter. il. ab. *Arch. Provin. de Chir.*, 1909, p. 657.

RIPERT. — La désarticulation de la hanche. *Rev. d'Orth.*, 1921, p. 319.

RANSAHOFF. — *Ann. of. surgery*, 1909.

SAVARIAUD. — La désarticulation de la hanche et le choc opératoire. *Pédiatrie pratique Lille*, 1910, p. 87, t. 8.

— Un cas de désartic. inter-il. ab. Procédé à lambeau int. *Revue de Chir.*, 1902, p. 345.

SCHALDEMOSE (V.). — A case of exarticulatio inter-il.-ab. *Acta chir. Scandinavica*, 1925, p. 523.

SALISCSHEFF. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1900, t. 60, p. 57.

SORREL. — Désarticulation de la hanche à l'âge de 22 ans, pour coxalgie fistuleuse datant de l'enfance. *Bull. Soc. de Chir. Paris*, 1925, n° 28, p. 932.

TÉDENAT. — La désarticulation de la cuisse. *Montpellier méd.*, 1917, p. 476.

VIGNARD. — Des progrès réalisés dans le trait. chir. des tuberculoses ostéo-articulaires. *Revue de Chir. Paris*, 1910.

VINCENT (Em.). — Résection de la hanche pour coxo-tuberculose chez l'enf. Thèse de Lyon, 1911-1912.

YVERT. — Note sur un cas de désart. inter.-il.-ab. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1918, p. 1070 ; *Revue de chir. Paris*, 1918, p. 93, t. 56.

7724. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, — Paris . 6-1927



